

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук»
Научно-исследовательский институт психического здоровья

Министерство здравоохранения Кузбасса
ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница»
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России
Региональная общественная организация «Кемеровское областное общество психиатров»

Третьи Корниловские чтения

КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ

Сборник тезисов

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

(Кемерово, 29 апреля 2021 г.)

Под научной редакцией
академика РАН Н.А. Бохана

Томск; Кемерово

2021

УДК 616.89-084(571.1)/.6)
ББК 56.14-1-3-4-5+51.1(2Рос),28
Т666

Рецензенты:

И.И. Шереметьева – д.м.н., профессор, и.о. ректора ДПО ФГБОУ ВО
«Алтайский ГМУ» (Барнаул) Минздрава России

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

Т666 Третьи Корниловские чтения. Клинические и социально-биологические аспекты аффективной патологии: сборник тезисов межрегиональной научно-практической конференции, посвященной памяти профессора А.А. Корнилова (Кемерово, 29 апреля 2021 г.) / под ред. Н.А. Бохана. Томск; Кемерово : ООО «Интегральный переплет», 2021. 224 с.

ISBN 978-5-6045609-5-2

Проведение конференций, посвященных памяти профессора А.А. Корнилова, сыгравшего ключевую роль в формировании научной школы кузбасских психиатров, стало доброй традицией. Третьи Корниловские чтения посвящены обсуждению современных клинических, социальных и биологических аспектов аффективных расстройств, обмену научно-практическим опытом в сфере организации охраны психического здоровья, обсуждению новых форм организации психопрофилактической и психореабилитационной помощи населению Сибирского региона. В ходе научной дискуссии предполагается всесторонне рассмотреть основные аспекты аффективной патологии, широко распространенной среди населения Сибирского федерального округа и в других регионах России. В последние годы данная патология все чаще встречается в общемедицинской сети, характеризуется затяжным и тяжелым течением, существенно снижает качество жизни, детерминирует формирование временной и стойкой утраты трудоспособности, ухудшает демографические показатели вследствие высокого риска совершения суицидов. В настоящее время в Сибири создано и эффективно функционирует научно-практическое направление, позволяющее осуществлять многоуровневую системную организацию диагностики, лечения и реабилитации психически больных с аффективной патологией. Система ресурсного обеспечения, базирующаяся на наиболее передовых и прогрессивных достижениях сибирской медицинской науки, выдержала проверку временем и экономическими трудностями, и на новом этапе своего развития смогла выйти на высокий современный уровень. Для психиатров, наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов, организаторов здравоохранения, социальных работников и других специалистов, работающих с лицами с аффективной патологией 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)
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)

© Третьи Корниловские чтения. Клинические и социально-биологические аспекты аффективной патологии
© НИИ психического здоровья», 2021

Federal State Budgetary Scientific Institution
“Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences”
Mental Health Research Institute
Ministry of Health of Kuzbass
SBIH “Kuzbass Clinical Psychiatric Hospital”
SBEI HPE “Kemerovo State Medical University” of Ministry of Healthcare of the Russian Federation
Regional public organization “Kemerovo Regional Society of Psychiatrists”

The Third Kornilov Readings

CLINICAL AND SOCIO-BIOLOGICAL ASPECTS OF AFFECTIVE PATHOLOGY

Book of Abstracts

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

(Kemerovo, 29 April, 2021)

Edited by
academician of RAS N.A. Bokhan

Tomsk; Kemerovo

2021

UDC 616.89-084(571.1/.6)
LBC 56.14-1-3-4-5+51.1(2Poc),28
T666

R e v i e w e r s :

I.I. Sheremetyeva – MD, Professor, Acting Rector, of SBEI HPE “Altai SMU” (Barnaul)
of Ministry of Healthcare of the Russian Federation

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

T666 The Third Kornilov Readings. Clinical and socio-biological aspects of affective pathology:
Book of Abstracts of the Interregional Scientific-Practical Conference dedicated to the memory
of Professor A.A. Kornilov (Kemerovo, 29 April, 2021) / edited by N.A. Bokhan. Tomsk;
Kemerovo: Printing House Integrated Casework Ltd, 2021. 224 p.

ISBN 978-5-6045609-5-2

Holding of the conferences dedicated to the memory of Professor A.A. Kornilov, who played a key role in the formation of the scientific school of Kuzbass psychiatrists, has become a good tradition. The third Kornilov Readings are devoted to the discussion of modern clinical, social and biological aspects of mood disorders, sharing scientific and practical experience in the field of mental health care, discussion of new forms of organization of psycho-preventive and psycho-rehabilitation assistance to the population of the Siberian region. In the course of the scientific discussion, it is supposed to comprehensively consider the main aspects of affective pathology, which is widespread among the population of the Siberian Federal District and in other regions of Russia. In recent years, this pathology is increasingly common in the general medical network, is characterized by a protracted and severe course, significantly reduces the quality of life, determines the formation of temporary and permanent disability, worsens demographic indicators due to the high risk of suicide. At present, a scientific and practical direction has been created and is effectively functioning in Siberia, which makes it possible to carry out a multilevel systemic organization of diagnostics, treatment and rehabilitation of mentally ill patients with affective pathology. The resource supply system, based on the most advanced and progressive achievements of Siberian medical science, has stood the test of time and economic difficulties, and at the new stage of its development it has been able to reach a high modern level. For psychiatrists, addiction specialists, psychotherapists, medical psychologists, health-care organizers, social workers and other specialists working with persons with mood disorders and members of their families.

E D I T O R I A L B O A R D :

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)
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)

© The Third Kornilov Readings. Clinical and
socio-biological aspects of affective pathology
© Mental Health Research Institute, 2021

Популяционно-социальное влияние на формирование контингентов больных с психическими расстройствами в Сибири

Артемьев И.А.

НИИ психического здоровья ТНИМЦ, Томск

В настоящее время отмечается возобновление интереса психиатрического сообщества к социальным проблемам и взаимосвязям психиатрии и наркологии со всем спектром окружающей действительности, который привёл к признанию Комитетом ВОЗ более 60 лет назад (в 1958 г.) новой дисциплины – социальной психиатрии как самостоятельной науковедческой единицы, имеющей свои научные границы, объём знаний и перспективы дальнейшего развития.

В статье «Социальная психиатрия: путь в новое тысячелетие» провидчески обозначены ключевые постулаты, которые в ближайшем будущем будут определять исторические направления исследований в этой области (Семке В.Я., 1999). Из разнообразных вопросов, составляющих содержание рассматриваемой многоаспектной проблемы, автором вычленяются ведущие направления: эпистемологический (науковедческий) аспект социальной психиатрии и её дефиниции; теоретико-методологические и экологические основы социальной психиатрии, транскультуральный раздел социальной психиатрии, реабилитационные и превентивные методы в социальной психиатрии.

Нами приводятся лишь некоторые направления, которые сформировались в рамках преювенности и развивались в русле приводимой автором доктрины в течение последних двух десятилетий после публикации статьи. Мы склонны считать, что изложенные материалы конкретизируют положения, декларируемые автором упомянутой работы.

Показатели психического здоровья населения определялись у проживающего на территориях интенсивно осваиваемых регионов Тюменского Севера (г. Сургут) и традиционных регионов южной части Восточной Сибири (г. Кызыл) и Дальнего Востока (г. Петропавловск-Камчатский). Изучалась взаимосвязь таких взаимосвязанных социально-демографических параметров, как миграция населения, безработица и распространенность психических расстройств в Сибири и на Дальнем Востоке, а также соотношение бедности и денежных доходов с уровнем зарегистрированного алкоголизма и наркоманий в регионе.

Было персонально охвачено около 3 500 больных с психическими расстройствами в трёх городах – Сургуте, Петропавловске-Камчатском и Кызыле. По европейским масштабам территориальные перемещения

в широтном и меридианальном векторах соответствуют траектории Лондон – Нью-Йорк, Лондон – Афины.

Миграционная ситуация на отдельно взятой территории редко бывает исключительной: каждый район не только исключительный уникум, но и аналогичная система: в нем в большей мере проявляется особенное (в данном случае типическое) и в меньшей мере индивидуальное. Со стороны общества к мигрирующему населению предъявляется непереносимое требование, чтобы оно обладало особым и специфически-индивидуальным качеством – было в высокой степени трудоспособным. По крайней мере, по этой характеристике прибывающее население должно быть не худшего качества, чем коренное. В этом контексте миграция населения являет собой направленный поток здоровья, за счет которого и происходит освоение новых территориальных странств и развитие уже сложившихся производств.

В связи с этим имеют значение фоновый уровень зарегистрированной болезненности психической патологией стационарного населения и характер миграционных связей (внутриобластной, межрегиональный). На примере быстро развивающегося города Тюменского Севера, где население за рассматриваемый период возросло в 1,5 раза, и одного из городов южной Сибири – Кызыла, в котором население за тот же период увеличилось на 10%, нами обнаружено, что вновь формирующаяся северная городская популяция имеет более низкие частоты встречаемости психических расстройств, нежели южная.

Миграционные потоки в районы нового промышленного освоения и интеграционного социально-экономического развития территорий Сибири способствуют минимизации частотного уровня распространённости психических заболеваний и алкоголизма, в то время как на примере традиционных городских моделей такой взаимосвязи не обнаружено. Прибывающее население способствует «оздоровлению» мест вселения, если судить по приведенным выше показателям, однако в дальнейшем происходит «накопление» психической патологии и выравнивание с уровнем традиционно устоявшихся регионов. Следовательно, перемещение населения это, прежде всего, миграция ингредиента здоровья на рынке труда. Сибирь в отношении востребованности находится в чрезвычайно невыгодной ситуации.

Показано, что этническая среда оказывает влияние на формирование психических расстройств у мигрантов, однако существующая организационная структура психиатрической помощи не учитывает этнические особенности коренного населения. Поэтому необходимы новые методологические подходы к изучению затронутой темы.

Одним из факторов, влияющих на формирование расстройств психиатрического спектра, причем на уровне всего населения, является безработица, которая означает экономический спад. На индивидуальном уровне факт безработицы можно определить как стрессовое событие в жизни человека. Между безработицей и здоровьем существует обратно пропорциональная зависимость. Как правило, влияние безработицы на здоровье рассматривается в контексте социального стресса. Безработица оказывает одинаковое влияние как на тех, кто потерял работу, так и на тех, кто её еще имеет. Литературные данные, посвященные анализу факторов, влияющих на психическое здоровье безработных, можно разделить на три основные группы: 1) социально-демографические, 2) социально-психологические, 3) факторы, отражающие специфические особенности собственно ситуации вынужденной незанятости. Выделен характерный для безработных психопатологический симптомокомплекс с тягостным чувством неполноценности и депрессией. В дальнейшем анализе также установлено, что у безработных развиваются и выраженные физиологические изменения.

Рассматривается влияние бедности и денежных доходов на уровень распространенности алкоголизма и наркоманий в регионе. Удалось установить, что заболеваемость (первичное выявление) наркоманиями выше в муниципальных образованиях с более высоким индексом доходов населения. Можно допустить, что как заболеваемость, так и болезненность наркоманиями выше в муниципальных образованиях с более высоким уровнем доходов населения. Отрицательный характер связи бедности населения с количеством больных наркоманией свидетельствует о том, что с увеличением доли населения с доходами, превышающими прожиточный минимум, вероятно, будет возрастать и количество больных наркоманией, а также наоборот, большая бедность приводит к меньшему числу больных наркоманией. Следовательно, прогностически следует ожидать, что рост контингентов больных наркоманиями будет происходить по всей территории области по мере уменьшения бедности её населения. Уровень алкоголизма в отдельных муниципальных образованиях не зависит от материального благополучия, обеспеченного заработной платой, и не определяется другими параметрами рассматриваемого индекса. За 20-летний период удалось показать, что эпидемиологическую ситуацию отдельных административных единиц нужно анализировать не только по данным государственной статистики, но и с учетом социально-демографической ситуации, присущей конкретной территории и, исходя из этих данных, строить стратегию обслуживания контингентов больных.

Востребованность и доступность сексологической помощи в условиях Новокузнецкой агломерации по данным за 2015-2018 гг.

Баранов В.В.

**Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница,
Новокузнецк**

Приказом Минздрава СССР от 10.05.1988 № 370 «О дальнейшем совершенствовании сексопатологической помощи населению» был установлен норматив оказания данного вида помощи: 1 ставка врача-сексопатолога на 250 тысяч населения. В современных реалиях эти нормативы на территории Кемеровской области не выполняются в том виде, в каком они были предусмотрены Приказом (организация отделений врачебного семейно-психологического консультирования в составе психиатрических учреждений). Существующие в крупных городах Кузбасса преимущественно на коммерческой основе многочисленные центры планирования семьи и репродуктивного здоровья за крайне редким исключением услуг сексолога не предоставляют.

В такой ситуации бремя помощи при сексуальных нарушениях на практике ложится на урологов-андрологов, гинекологов, психотерапевтов и психологов, каждый из которых рассматривает сексуальную проблематику изолированно в рамках своей специальности. К негативным моментам следует отнести редукционизм урологов и андрологов, которые активно позиционируют себя как специалистов в области мужского сексуального здоровья. Попытка сведения сложнейшей организации сексуальной функции человека к простым физиологическим процессам и реакциям уже привела к шаблонно-упрощенным подходам к терапии сексуальных дисфункций у мужчин. По мнению Н.Д. Кибрика (2013), в мужской сексологии отмечается устойчивая тенденция в сторону фармако-инструментальных методов лечения с поиском быстрого одномоментного решения вопроса (фаллофармакопротезирование, назначение гормональных препаратов и ингибиторов ФДЭ-5). Вместе с тем, по данным Минского городского сексологического центра, среди обратившихся за сексологической помощью за 3 года около 70% мужчин и 75% женщин были в возрасте от 20 до 40 лет. Однако известно, что наибольшее число лиц молодого и среднего возраста, имеющих сексуальные проблемы, нуждаются не столько в инструментально-фармакологической, сколько в профессиональной психотерапевтической помощи, учитывающей сексологическую специфику.

Нельзя не сказать и о доступности специализированной сексологической помощи. Сегодня практически все средства массовой информации рекламируют разные «чудо-препараты» для повышения сексуальных возможностей. Это привело к тому, что большинство лиц с сексологическими проблемами либо обращаются непонятно к каким специалистам с весьма сомнительной подготовкой по сексологии, либо бесконтрольно употребляют различные препараты для повышения либидо или потенции. В то же время грамотной рекламы и даже просто информации о медицинских структурах, оказывающих действительно квалифицированную сексологическую помощь, крайне мало. Кроме того, реально сокращается количество сексологов, имеющих полноценную профессиональную подготовку (Доморацкий В.А., 2013).

Согласно проекту приказа Министерства здравоохранения и социального развития 2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому и детскому населению при сексуальных расстройствах», специализированная сексологическая помощь оказывается психоневрологическими диспансерами, диспансерными отделениями психиатрических больниц, а также негосударственными лечебными учреждениями. Штатный норматив в проекте приказа составляет 1 должность врача-сексолога на 250 тысяч взрослого населения. Кроме того, строго очерчены показания, при которых «врачи-урологи, имеющие специализацию в области андрологии, привлекаются к оказанию специализированной медицинской помощи сексологическим больным при выявлении сексуальных расстройств, имеющих органическую причину». К сожалению, этот приказ не был введен в действие.

Цель исследования: анализ первичной обращаемости среди населения Новокузнецка за сексологической помощью в течение 3 лет (2015–2018 гг.). Консультативно-лечебная работа осуществлялась на базе двух коммерческих медицинских центров. Первичная обращаемость за указанный период составила 105 случаев. Среди обратившихся преобладали мужчины по сравнению с женщинами (60 – 57,1% против 45 – 42,9%), семейные пары составили 10,5% (11 случаев). Последняя категория выделена для тех ситуаций, когда половые расстройства сформировались в связи с семейно-сексуальной дисгармонией. Возраст обратившихся мужчин варьировал от 16 до 65 лет, в среднем 32 года. Абсолютное большинство составили молодые мужчины от 20 до 45 лет (41 – 73%). В нозологической структуре обращаемости преобладали психогенные эректильные нарушения (37%), ускоренное семяизвержение (24%), снижение либидо (10%). Более половины мужчин ранее лечились и/или обследовались у урологов с незначительным эффектом.

Возраст обращающихся женщин составил от 19 до 51 года, в среднем 30 лет, преобладали (84%) женщины от 19 до 35 лет. Нозологическая структура у женщин была представлена оргастической дисфункцией (38%), снижением либидо (19%), вагинизмом (15%). Средний возраст обращающихся с партнерскими проблемами супругов составил 30 лет. Трое пациентов (3%) обращались на консультацию по смене пола. Большинство обследованных были новокузнецкие (84%), меньшая часть – жители других городов Новокузнецкой агломерации: Прокопьевска, Киселевска, Осинников, Междуреченска и достаточно удаленных от Новокузнецка городов (два случая из Таштагола и трое из областного центра – Кемерово). Расстройство сексуального предпочтения (эксгибиционизм у мужчины 32 лет) послужило причиной обращения в единичном случае (1%), что, конечно, не отражает истинной распространенности этой патологии. Связано это, безусловно, с юридической релевантностью большинства перверсий и повышенным вниманием общественности к половым преступлениям против несовершеннолетних, и даже предлагаемая анонимность обращения за сексологической помощью, вероятно, не упрощает дела.

Очевидно, что первичная обращаемость (105 человек за 3 года, или около 3 человек в месяц) является невысокой, однако нужно помнить, что в современных реалиях услуги сексолога оказываются на платной основе, в отличие от гарантированной советским здравоохранением бесплатной сексопатологической помощи, и стоят относительно недорого. Проблемой является и дефицит информации о возможности получения квалифицированной сексологической помощи. В то же время в СМИ широко рекламируются различные медицинские центры, предлагающие помощь уролога в лечении импотенции и зачастую необоснованно навязывающие дорогостоящие обследования и методы лечения. На сайтах таких центров размещается информация о том, что «лишь в 15% случаев проблемы с потенцией вызваны психологическими причинами», при этом нет рекомендаций о том, что же следует делать в этих случаях (Кибрик Н.Д., 2013).

На основе проведенного анализа сделан вывод о значительной востребованности сексологической помощи в Новокузнецке и близлежащих территориях. Излишне говорить о значимости сексуальных отношений для любого здорового человека, удовлетворенность которыми формирует качество жизни, не говоря уже о том, что абсолютное большинство обследованных находятся в репродуктивном возрасте. Таким образом, одной из важных задач здравоохранения должно стать повышение доступности квалифицированной сексологической помощи для населения на основе позитивного опыта прошлых лет.

Оказание лечебно-консультативной и психопрофилактической работы на базе психоневрологического диспансера в условиях новой коронавирусной инфекции

Баранов И.В., Баранова М.А., Вершинина Т.М.

Юргинский психоневрологический диспансер, Юрга

В течение 2020 г., в период введения наибольших ограничений, связанных с новой коронавирусной инфекцией, была пересмотрена организация работы ГБУЗ «Юргинский психоневрологический диспансер». Изменение системы трудового процесса проводилось с учетом действующих ограничительных мероприятий и актуальных нормативных требований. Основные принципы работы учреждения в указанный период были следующими: 1) приостановка работа стационарного отделения, дневного стационара учреждения, организация работы круглосуточного поста для оказания экстренной помощи, ограничение показаний для госпитализации в ближайшее учреждение, оказывающее стационарную помощь – Кузбасскую клиническую психиатрическую больницу, в соответствии с критериями ст. 29 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании»; 2) усиление и интенсификация амбулаторной помощи; 3) обеспечение эпидемической безопасности на всех этапах работы.

Одновременно с приостановкой работы стационарного отделения 20.04.2020 г. на его же базе был организован круглосуточный пост для обеспечения экстренной помощи пациентам, доставленным бригадами скорой медицинской помощи, оказания круглосуточной консультативной помощи и обеспечения проведения медицинских освидетельствований на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического). Сотрудники стационарного отделения, не задействованные в работе круглосуточного поста, временно были переведены в амбулаторные подразделения для усиления амбулаторной службы учреждения. Отделение имело отдельные входы для сотрудников и пациентов, были исключены внутренние контакты сотрудников, кроме абсолютно необходимых для обеспечения лечебного процесса. В работе круглосуточного поста были посменно задействованы 5 врачей, 5 медицинских сестер и 5 младших медицинских сестер по уходу за больными. Переход на вахтовый режим работы не осуществлялся. Проводился постоянный контроль температуры сотрудников, соблюдался режим проветривания, дезинфекции воздуха и поверхностей.

При поступлении пациентов для оказания экстренной помощи проводилась термометрия, оценка эпидемиологического анамнеза и признаков острой респираторной инфекции. При наличии неблагоприятных признаков пациенты направлялись на обследование в Юргинскую городскую больницу. При отсутствии признаков вирусной инфекции проводилась оценка актуального психического состояния, оформлялась медицинская документация, производилось оказание экстренной помощи. Было предусмотрено временное размещение пациентов на изолированных друг от друга диагностических койках. По результатам оказания экстренной помощи и периода наблюдения на диагностической койке принималось решение о необходимости госпитализации в стационар ККПБ либо оказании дальнейшей помощи в амбулаторных условиях.

Т а б л и ц а 1. Сравнительная клинико-нозологическая структура психических расстройств у пациентов круглосуточного поста в 2019 и 2020 гг.

Нозологическая группа	20.04.2020– 01.10.2020	20.04.2019– 01.10.2019
Шизофрения, шизоаффективные психозы	29	60
Сосудистая деменция	3	3
Алкогольные психозы	21	40
Алкогольный абстинентный синдром	44	86
Наркомания	11	14
Психические расстройства в связи с эпилепсией	8	15
Непсихотические психические расстройства	17	27
Умственная отсталость	3	4
Всего	136	349

Всего за период работы круглосуточного поста оказана помощь 136 пациентам. По результатам оказания экстренной помощи и наблюдения на диагностической койке в 22 случаях осуществлена госпитализация в ККПБ. В 109 случаях оказание помощи пациентам было продолжено в амбулаторных условиях. В 5 случаях пациенты по показаниям были госпитализированы в соматический стационар.

В связи с приостановкой деятельности стационарного отделения и дневного стационара основная нагрузка легла на диспансерное отделение. Сотрудники, высвобожденные из стационарного и диспансерного отделения, для усиления амбулаторной службы были переведены в диспансерное отделение, где были выделены красная и зеленая зоны, организован сплошной входной контроль посетителей на наличие признаков респираторной инфекции с выделением специального сотрудника в СИЗ для первичного контакта с посетителями, проведения тер-

мометрии, обработки рук и контроля за соблюдением масочного режима. Были исключены контакты между сотрудниками, кроме необходимых для обеспечения лечебного процесса. Приоритетной задачей явилось оказание эффективной помощи в амбулаторных условиях с целью предотвращения ухудшений психического состояния, требующих стационарного лечения. Для выполнения данной задачи пациенты, нуждающиеся в контроле состояния, были переведены в 1-ю группу диспансерного наблюдения, к которой были отнесены следующие категории: 1) пациенты, выписанные из стационара и дневного стационара, 2) часто (1 раз в год и чаще) госпитализирующиеся, 3) пациенты после оказания экстренной помощи в условиях круглосуточного поста, 4) пациенты амбулаторного приема, нуждающиеся в активном лечении. Проводилась выездная работа на дому с дистанционным контролем состояния пациентов. За период работы в условиях новой коронавирусной инфекции возросло количество посещений как в абсолютных цифрах, так и по отношению к государственному заданию.

В течение 2020 г. в связи с ситуацией с коронавирусной инфекцией COVID-19 произошел рост консультативных обращений, вызванных тревожно-депрессивными проявлениями. Обратившиеся пациенты испытывали не только опасение за свою жизнь и здоровье, но и за состояние своих близких. В фабуле психоэмоциональных переживаний заметное место занимали тревожные мысли по поводу экономического неблагополучия семьи, снижения доходов из-за введенных в режим работы ограничений. Большое влияние на формирование тревожных и депрессивных расстройств оказал фактор неопределенности, отсутствия достоверной информации, невозможности прогнозировать ситуацию на более или менее приемлемый срок, а также фактор ограничения привычных повседневных перемещений, необходимость длительного пребывания в ограниченном пространстве.

Большое значение в оказании помощи таким пациентам, наряду с назначением психофармакотерапии, имело психокоррекционно-психотерапевтическое сопровождение пациента с акцентом на разъяснение ситуации, информирование о влиянии ограничений на жизнь всех без исключения, приведение примеров, описывающих трудности конкретных людей, известных пациенту. Терапевтическая результативность подкреплялась логическими убеждениями и доводами о конечности и ограниченности во времени текущей ситуации, поощрением пациента к мобилизации духовных ресурсов, установками на укрепление внутрисемейных связей, взаимную поддержку между родственниками и близкими людьми.

Клинико-динамическая характеристика суицидальных действий пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением

Басаргина Л.А., Милехина И.Э., Басаргин Д.С.

**Кузбасская клиническая психиатрическая больница,
Кемерово**

Суицидальное поведение является сложной комплексной социальной и медицинской проблемой. По данным ВОЗ, ежегодно в современном мире совершается около 1 миллиона самоубийств и примерно в 10 раз больше суицидальных попыток. Суициды занимают 8-е место в списке причин смерти по результатам исследований сотрудников ФГУГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского (2006). Одним из важнейших показателей качества оказания психиатрической помощи является частота завершенных суицидов среди пациентов, страдающих психическими расстройствами. Лица, страдающие психическими расстройствами, представляют собой категорию лиц высокого суицидального риска. Частота самоубийств среди них в 2-3 раза превосходит аналогичный показатель в общей популяции. Несмотря на постоянное совершенствование методов диагностики и лечения психических расстройств, сохраняется высокий риск самоубийств у лиц, страдающих психическими заболеваниями.

Цель исследования: анализ случаев суицидальных действий среди лиц, состоящих под диспансерным наблюдением у психиатра, выявление наиболее значимых социально-демографических, клинических и мотивационных факторов, влияющих на формирование суицидального поведения.

За трехлетний период (2018-2020 гг.) нами были изучены все случаи (n=39) суицидальных действий, совершенных пациентами, состоящими под диспансерным наблюдением во взрослом диспансерном отделении. Преобладали незавершенные суициды (n=31), только пятая часть суицидов (n=8) были завершенными.

Среди суицидентов преобладали лица мужского пола (n=29) по сравнению с женщинами (n=10). Средний возраст суицидентов среди мужчин был ниже (32 года), чем среди женщин (42 года). Мужчины совершают самоубийства примерно в 3 раза чаще женщин. В общей популяции риск суицидов особенно высок у мужчин молодого и сред-

него возрастов (28-35 лет), распространенность суицидов среди женщин приходится на более старший возрастной период (45-65 лет).

Анализ медицинской документации пациентов психиатрического диспансера, подробная оценка социальных, бытовых условий обследованных пациентов позволяет судить об отсутствии четкой связи между внешними условиями, наличием психотравмирующей ситуации и появлением у пациентов суицидальных мыслей.

Распределение количества пациентов, совершивших суицидальную попытку, по уровню полученного образования показало преобладание начального и неполного среднего образования (n=20) над средним и среднеспециальным (n=9) и высшим (n=10) образованием.

Исследование социального статуса выявило следующую картину: 27 пациентов проживали одни, 12 – в семье. В большинстве сохранившихся семей взаимоотношения с родственниками были неблагоприятными или даже конфликтными, только в двух случаях из 39 внутрисемейные взаимоотношения в семьях пациентах были доброжелательными и неформальными.

По нозологической принадлежности случаи суицидов распределились следующим образом: преобладали пациенты с шизофренией (n=32) по сравнению с пациентами с рекуррентным депрессивным расстройством (n=2), другими психическими расстройствами в связи с повреждением или дисфункцией головного мозга (n=2) и расстройством личности (n=3).

Прогностически важным фактором в определении суицидального риска является наличие в анамнезе суицидальных попыток. По нашим данным, у большинства (n=23) обследованных пациентов в прошлом регистрировались суицидальные попытки, в подавляющем большинстве случаев первая и последующая попытки были стереотипны по способу исполнения. Сравнительный анализ по способам совершения суицидов показал преобладание случаев отравления ядами (n=13) либо психотропными препаратами (n=11) по сравнению со случаями падения с высоты (n=8) или повешения (n=7).

В клинической картине болезненных переживаний и психологической травматизации, приведших к возникновению суицидальных тенденций, ведущее место занимал депрессивный синдром, в нашем исследовании он определял актуальное психическое состояние 20 пациентов. У 12 человек ведущим в клинике был психопатический и психопатоподобный синдром, с меньшей частотой (у 7 пациентов) встречалась галлюцинаторно-бредовая симптоматика, явившаяся основой для суицидальных проявлений.

Следует отметить, что преобладающие по численности пациенты с шизофренией имеют высокие суицидальные риски в течение первых 5 лет от начала заболевания. В последующие годы на фоне происходящей прогрессивности процесса, нарастания эмоционального дефицита и снижения энергетического потенциала суицидальная активность уменьшается.

Полученные результаты представляют важную информацию о клинико-социальных характеристиках лиц, совершивших покушение на самоубийство. Поскольку большинство суицидов совершаются в состоянии депрессии, то ранняя диагностика и своевременное адекватное лечение депрессивных расстройств является эффективным предупреждающим фактором. Лечение и профилактика суицидов включает меры психиатрического, психотерапевтического, психологического и социального характера, которые возможно в полной мере осуществить благодаря деятельности полипрофессиональных бригад. Особенно тщательный контроль необходим за пациентами после выписки из психиатрического стационара при наличии у них суицидальных тенденций в анамнезе.

Особенности лечения постшизофренических депрессий в условиях дневного стационара

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

**Кузбасская клиническая психиатрическая больница,
Кемерово**

Актуальность. В ряде исследований постшизофреническая депрессия (ПШД) рассматривается как проявление шизофренического процесса. Другие авторы формирование депрессий в период ремиссии шизофрении рассматривают как «обнажение» депрессивной симптоматики, существовавшей в сочетании с параноидной симптоматикой в структуре приступа. Большинство исследователей установлено, что постшизофреническая депрессия развивается в среднем у 25–30% больных непосредственно после редукции параноидной симптоматики или в течение ближайших 6 месяцев после выписки из стационара. Такие демографические показатели, как возраст, пол и социальный статус, на частоту возникновения ПШД влияния не оказывают. Оказалось также [Саркисян Г.Р., 2006], что антидепрессанты получают 70-80% стационарных и 30-40% амбулаторных больных шизофренией.

Цель исследования: определить частоту встречаемости постшизофренических депрессий, оценить возможности их лечения в условиях дневного стационара.

Материалы и методы. На базе дневного стационара ККПБ проведено исследование, основанное на результатах одномоментной переписи пациентов, находящихся на лечении в дневном стационаре на определенный момент времени (2020 г.) с верифицированным по МКБ-10 диагнозом: шизофрения и расстройства шизофренического спектра. Критериями отбора в группу являлись нахождение в периоде стабилизации шизофренического процесса, наличие связи депрессивных фаз с ситуационными и психогенными факторами, присутствие в клинической картине негативной аффективности, общей дисгармоничной клинической картины и циклотимического уровня общей тяжести депрессии. Из группы больных шизофренией с депрессивной симптоматикой (n=62) у 30 человек (48%) присутствовали критерии постшизофренической депрессии. В этой группе депрессивная симптоматика была подтверждена исследованием состояния по шкале Калгари (более 6 баллов) и PANSS по общепсихиатрической шкале депрессии (баллы в диапазоне от 4 до 7) – от умеренной степени до крайней степени депрессивных переживаний. Глубина депрессивного аффекта составляла от 12 до 18 баллов по шкале Гамильтона. В этой выборке отчетливые депрессивные симптомокомплексы обнаружены на этапе хронического течения заболевания.

Обсуждение результатов: выявлено, что постшизофреническая депрессия развивалась непосредственно после редукции параноидной симптоматики или в течение ближайших 4-6 месяцев после выписки пациентов из стационара. При сравнительном анализе полученных данных в преморбиде обнаружено наличие депрессивных эпизодов (76%). Более позднее манифестирование процесса встречалось более чем у половины обследованных пациентов (58%). Постшизофренические депрессии в большинстве случаев (74%) характеризовались менее выраженной продуктивной симптоматикой, более благоприятным течением заболевания, превалированием параноидных форм шизофрении, частыми и одновременно непродолжительными госпитализациями. Кроме того, длительность постшизофренической симптоматики по крайней мере в два раза превышает длительность параноидной симптоматики, а развиваться ПШД может при различной глубине негативной симптоматики. У пациентов с постшизофренической депрессией по типу нажитой циклотимии преобладал симптомокомплекс так называемой позитивной эффективности, характеризовавшийся следующими

проявлениями: прежде всего признаки апатии, анергии и психической анестезии, болезненное бесчувствие, девитализация, апатия, дисфория, ангедония и дисфория, угрюмое недовольство, раздражительность, капризность, ворчливость. При постшизофренической депрессии назначались и были достаточно эффективны практически все антидепрессанты. При лечении этих пациентов в нашем отделении зачастую применялись стимулирующие антидепрессанты (флуоксетин, венлафаксин, мипрамин) наряду с нормотимиками, ноотропами, психостимуляторами в некоторых случаях. Кроме психофармакотерапии в терапевтический алгоритм входили трудотерапия внутри отделения и в условиях ЛПМ, психокоррекционная работа с психологом, физиолечение (дарсанвализация, магнитотерапия, ЛФК), общеукрепляющая терапия в некоторых случаях при явных симптомах астении – ноотропы, витаминотерапия. Сроки лечения в дневном стационаре этих состояний составляли 45–56 дней. В большинстве случаев (86%) удалось добиться значительного улучшения состояния в виде уменьшения проявления депрессии до субклинического уровня.

Выводы. Частота выявляемых в дневном стационаре постшизофренических депрессий довольно значительна. Комплексный и дифференцированный подход к диагностике и лечению депрессивных состояний в условиях дневного стационара показала высокую эффективность.

Особенности психологической реабилитации пациентов, находящихся на принудительном лечении, в условиях распространения COVID-19

Белокрылова Е.В., Черемнова О.В.

Прокопьевская психиатрическая больница, Прокопьевск

На базе ГБУЗ ППБ в стационарном мужском отделении № 2 с ноября 2020 г. были возобновлены психологические групповые занятия в рамках Программы лечебно-реабилитационных мероприятий во время принудительного лечения. На психологическую реабилитацию врачом-психиатром направляются пациенты на этапе стабилизации их психического состояния и ослабления патологических проявлений, т.е. на третьем (стабилизация достигнутого эффекта) и четвертом (заключительный – подготовка к выписке из стационара) этапах. Программы лечебно-реабилитационных мероприятий во время принудительного лечения.

Пациенты с диагнозом шизофрении направляются при редукции бредовых переживаний, эмоционального напряжения, стабилизации терапевтической ремиссии, пациенты с диагнозом умеренной умственной отсталости – после стабилизации эмоционального состояния, медицинской коррекции негативных поведенческих проявлений.

В стационарном мужском отделении № 2 ГБУЗ ППБ психологическую реабилитацию прошли 19 пациентов, из них сформированы 2 группы (по 9 и 10 человек) с разными нозологическими формами с преобладанием доли лиц с диагнозом умеренной умственной отсталости в каждой из групп. Отмечено увеличение эффективности группового формата в смешанной группе при соединении более развитого понятийного аппарата у пациентов с шизофренией и наибольшей активностью в общении пациентов с умеренной умственной отсталостью.

На начальном этапе проводят предварительное тестирование методиками: шкала самооценки Розенберга, оценка самоконтроля в общении Снайдера, оценка уровня общительности Ряховского. Психологические занятия проводятся 2 раза в неделю в соответствии с разработанной тематикой. Далее представлено краткое описание основных элементов тренингов.

Знакомство группы, разъяснение целей, задач тренинга, правил работы группы, прояснения ожиданий участников. Снятие психоэмоционального напряжения, тренировка памяти и внимания.

Функции общения. Выделение функций общения, обсуждение положительных и отрицательных сторон общения, освоение и тренировка навыков эффективного общения.

Выделение вербальных компонентов общения. Тренировка навыков вербальных компонентов общения, стимуляция вербальной активности.

Выделение невербальных компонентов общения. Расширение представлений о невербальных проявлениях в общении. Совершенствование навыков невербального общения, распознавание эмоций через мимику и жесты.

Развитие коммуникативной направленности мышления и способности к кооперации. Взаимодействие с целью совместного достижения определенного результата.

Эмоции как компонент общения, выделение основных эмоциональных состояний. Влияние эмоций на процесс общения. Тренировка навыков распознавания эмоций. Способы управления эмоциями.

Цели общения. Выделение целей общения, способов достижения желаемых целей. Тренировка навыков достижения желаемых целей – умение просить о помощи, оценивать эмоциональное состояние других людей и пр.

Конфликты в межличностном общении. Выделение типов поведения людей в конфликтных ситуациях. Способы конструктивного решения конфликтов, приобретение навыков саморегуляции.

Социальные навыки. Вычленение трудностей в повседневном быту и самообслуживании. Развитие навыков самостоятельности, планирования действий.

Завершение групповой работы. Итоговое тестирование.

Цель данного цикла психологических занятий – повышение коммуникативных и адаптивных качеств личности пациента для ресоциализации и улучшения возможностей самостоятельной жизни в условиях социальных изменений и с учетом длительной изоляции пациентов в психиатрическом стационаре.

Средняя продолжительность одного занятия 1,5 часа. Учитывая индивидуально-психологические особенности участников групп, происходит актуальная корректировка как продолжительности, так и тематической направленности занятий. В ситуации, связанной с введением мероприятий, направленных на противодействие распространению новой вирусной инфекции COVID-19, взаимодействие пациентов с социумом стало более ограниченным (отсутствие свиданий с родственниками, ограничение межличностного взаимодействия в условиях стационарного отделения, отмена просмотра телепередач), в связи с чем заметно возросли потребность и заинтересованность пациентов в групповых занятиях, повысилась самостоятельная активность. Субъективная предпочтительность тематики занятий у пациентов стабильно направлена на обсуждение бытовых вопросов и жизненных ситуаций (с приобретением и закреплением полученных знаний и навыков).

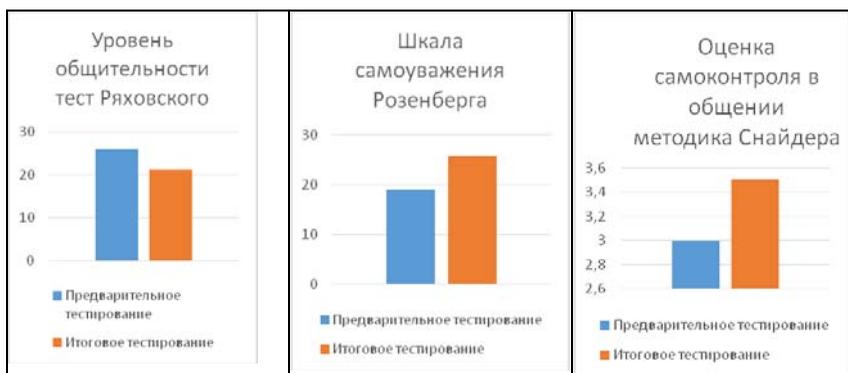


Рисунок. Сравнительный анализ показателей тестового тестирования

В качестве оценки эффективности групповых психологических занятий в рамках Программы лечебно-реабилитационных мероприятий во время принудительного лечения больных было выполнен сравнительный анализ значений среднего балла начального (стартового) и итогового тестирования по трем методикам: тест Ф. Ряховского (средний балл начального и промежуточного тестирования 26,0 и 21,3 балла соответственно), шкала М. Снайдера (3,0 и 3,5 балла), шкала Розенберга (19,0 и 25,7 балла). С помощью сравнительного анализа по данным батареи тестов у пациентов можно констатировать повышение уровня общительности и уровня самооценки, незначительное повышение самоконтроля.

Медико-психологическая и социально-трудовая реабилитация пациентов с депрессивными расстройствами в условиях медико-реабилитационного отделения

Василевская Ю.Д., Фаткулина К.Е., Сергеев В.Д.

**Кузбасская клиническая психиатрическая больница,
Кемерово**

Депрессия занимает одно из лидирующих мест среди причин нарушения социального функционирования в результате частичной или полной утраты работоспособности, распада семейных и межличностных отношений, снижения повседневной активности, сужения круга интересов, ухудшения материального положения. Депрессивные фазы в динамике аффективного психоза в целом встречаются чаще, составляя 80% от числа всех аффективных фаз. Кроме того, аффективный психоз манифестирует чаще депрессивной фазой, в остальных случаях – маниакальной. Депрессивные симптомы приводят к большей социальной дезадаптации, нежели маниакальные и гипоманиакальные. Причём уже субсиндромальные депрессивные симптомы значительно снижают социальное функционирование, в то время как наличие субсиндромальных гипоманиакальных симптомов в ряде случаев, наоборот, улучшает социальную адаптацию (Judd L.L. et al., 2005). При аффективных расстройствах формируется стойкая когнитивная дисфункция (нарушения внимания, памяти и исполнительных функций), сохраняющаяся и в состоянии ремиссии, что часто мешает повседневной деятельности и определяет более низкие показатели социального функционирования даже в период ремиссии.

На примере 8-месячного наблюдения депрессивных больных английские исследователи продемонстрировали, что восстановление социального функционирования происходит гораздо медленнее, чем симптоматическое улучшение, а в ряде случаев СФ полностью не репродуцируется (Paykel E., Weissman M., 1973). В исследовании сотрудников Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе показано, что у 74% пациентов симптомы депрессии были более эффективно купированы, медленнее происходило восстановление в профессиональной сфере, потребовавшее большего времени, чем редуцирование остаточной симптоматики (Mintz J. et al., 1992).

У пациентов медико-реабилитационного отделения ККПБ депрессивная симптоматика в виде очерченных депрессивных фаз и неглубоких аффективных колебаний в период ремиссии в основном отмечалась в рамках параноидной шизофрении с эпизодическим типом течения, переходящей в ряде случаев в непрерывно текущую форму. Кроме того, различные аффективные проявления имели место у пациентов с органическими и сосудистыми психическими расстройствами. В ряде случаев картина депрессивного состояния включала также полиморфную невротоподобную симптоматику, характеризовавшуюся преобладанием тревожно-фобических или сенестоипохондрических проявлений. Отмечались снижение настроения, подавленность, отсутствие желания выполнять привычную работу.

При составлении реабилитационных программ нами учитывались основные принципы отечественной психосоциальной реабилитации: партнерство, разносторонность усилий, единство психосоциальных и биологических методов воздействия, ступенчатость и этапность (Кабановым М.М., 1971). Виды трудовой деятельности и степень трудовой нагрузки подбирались в зависимости от клинических особенностей психического состояния пациента, его реабилитационного потенциала, способностей, потребностей и склонностей, предусматривая ограниченный объем выполнения основных видов деятельности. Реабилитационные процессы постепенно усложнялись с целью тренировки и укрепления компенсаторных механизмов. Для отвлечения пациентов от тягостных переживаний и тревожных мыслей в первую очередь требовалось вселить в них надежду на выздоровление и ресоциализацию, сформировать иную доминанту. Для этого реабилитационные процессы включали личностно-мотивационные характеристики, в том числе привычные навыки, демонстрируя пациенту его социальную полноценность, пригодность к осуществлению осмысленной полезной деятельности.

Пациенты, которые не имели в анамнезе психогений и личностных включений, обладали исходно лучшими социально-психологическими параметрами, положительно реагировали на лечебные режимы и легче включались в трудовую деятельность, считая её обязательным и необходимым элементом. Таких пациентов уже на ранних этапах реабилитационного процесса возможно было вовлекать в коллективные формы труда, что способствовало формированию у них чувства сопричастности к общему делу, ответственности за его выполнение, весомости своего личного вклада, улучшало коммуникативные и межличностные навыки.

У пациентов, имеющих в анамнезе личностные включения, связанные с предшествующими психогениями, трудовая терапия требовала несколько иного подхода и носила более индивидуальный характер и корригирующую направленность. Этим пациентам трудно было сразу включиться в работу в коллективе, зачастую они негативно относились к трудовой терапии и другим лечебно-реабилитационным мероприятиям. Виды труда для этих пациентов подбирали с акцентом на эмоциональную насыщенность деятельности, одновременно не представляющие сложности при выполнении.

Все пациенты вовлекались в благоприятную атмосферу трудовой деятельности, работая в условиях, при которых они видели результаты своего труда, сознавая, что ими изготавливаются нужные и полезные изделия. Например, им поручалась окончательная отделка изделий, выполненных другими пациентами, упаковка готовой продукции, маркировка и т.п. При этом исключался чрезмерно активизирующий режим и настойчивое побуждение к трудовым действиям, чтобы не подчёркивать несостоятельность пациентов в решении ставящихся перед ними задач и поддержать уверенность в своих силах и трудовых возможностях. От инструктора по трудовой терапии необходимы наблюдение и тактичная помощь, но не опека.

Выводы. На основании вышеизложенного следует, что трудовая терапия существенно улучшает состояние пациентов, усиливая эффект от медикаментозного лечения, снижает выраженность патологических симптомов, восстанавливает активность, положительно влияет на длительность и стабильность ремиссии. У большинства пациентов заметно расширился круг общения, стало разнообразнее проведение досуга, произошла активизация пациентов в быту, увеличилось участие в работе по дому.

Частота встречаемости алкогольной зависимости при биполярном аффективном расстройстве

**Васильева С.Н., Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д.,
Диденко Е.В., Горшкова Л.В.**

НИИ психического здоровья Томского НИМЦ, Томск

Высокий уровень коморбидности биполярного аффективного расстройства (БАР) с алкогольной зависимостью подтвержден результатами многочисленных исследований (Boschloo L. et al., 2011; Perugi G et al., 2013; Nabavi B. et al., 2015). В ходе национального эпидемиологического обследования по употреблению алкоголя и связанным с ним состояниями в США из 43 093 опрошенных респондентов общей популяции было выявлено 1 643 человека с диагнозом биполярного расстройства по DSM-IV. Из них 54% также сообщили о расстройстве, связанном с употреблением алкоголя (Oquendo M.A. et al., 2015). Анализ данных 5 828 респондентов показал, что употребление алкоголя (включая количество потребляемого алкоголя, интенсивность потребления, алкогольную зависимость и риск зависимости) способствует формированию депрессии (Churchill S.A., Farrell L., 2017).

Цель исследования: оценка частоты встречаемости алкогольной зависимости у пациентов с БАР, проходящих лечение в специализированном психиатрическом стационаре.

Материал и методы. На базе отделения аффективных состояний клиники НИИ психического здоровья Томского НИМЦ было обследовано 159 пациентов с верифицированным диагнозом БАР (по критериям МКБ-10). В обследуемой группе преобладали женщины (71,1% – $n=113$; $p<0,01$). Возраст женщин составил 47 лет [34;55], мужчин – 36 лет [30;54]. Текущий эпизод БАР был представлен депрессивным эпизодом в 61,6% случаев ($n=98$), гипоманиакальным – в 2,5% ($n=4$), маниакальным – в 1,9% ($n=3$) и смешанным – в 34,0% ($n=54$).

Из основных методов исследования применялись: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, статистический.

Результаты исследования. У обследуемых пациентов в 18,2% случаев ($n=29$) наряду с БАР была диагностирована алкогольная зависимость. Лица мужского пола в группе пациентов с коморбидными алкогольной зависимостью и БАР составили 48,3% ($n=14$). В данной группе по сравнению с пациентами, страдающими БАР без коморбидной психической патологии, удельный вес мужчин оказался больше ($p<0,05$).

Давность алкогольной зависимости у обследованных пациентов составила в среднем 7 лет [4;10].

Полученные результаты свидетельствуют о том, что почти каждый пятый пациент с БАР также страдает зависимостью от алкоголя, особенно это касается лиц мужского пола.

Выводы. Результаты нашего исследования о нередкой коморбидности алкогольной зависимости и БАР имеют значение как для правильной и своевременной диагностики указанной коморбидности, так и для разработки лечебно-реабилитационных программ для данной категории пациентов.

Выполнено в рамках новой медицинской технологии «Технология оценки эффективности лечения больных при коморбидности аффективных расстройств с алкогольной зависимостью» (протокол ЛЭКа № 129 от 19 февраля 2020 г., дело № 129/4.2020), реализуемой в рамках ПНИ 0421-2020-0013 «Разработка персонализированной терапии аффективных и невротических расстройств с учетом клинико-динамических характеристик и предикторов её эффективности», номер госрегистрации АААА-А20-120041690009-6 (протокол ЛЭКа № 126 от 21 ноября 2019 г., дело № 126/7.2019).

Депрессивные состояния и суицидальные тенденции в клинике алкогольного абстинентного синдрома у больных алкоголизмом

Волгин Л.М., Москвина Я.В., Иванец И.В.

**Кузбасская клиническая психиатрическая больница,
Кемерово**

Актуальность проблемы. По данным московских исследователей, Россия относится к странам с высоким уровнем суицидальной активности населения, без тенденции к настоящему снижению [1]. Группой риска, по мнению большинства авторов, являются больные с синдромом зависимости от алкоголя [2]. Депрессивные состояния широко представлены в структуре хронического алкоголизма. Депрессия наблюдается в структуре абстинентного синдрома, где она сочетается с дисфорическим компонентом. Однако часто суициды у больных алкоголизмом наблюдаются в структуре абстинентного синдрома, синдрома отмены алкоголя и запойного пьянства.

Цель: изучить особенности клинического течения абстинентного синдрома у пациентов, страдающих алкогольной зависимостью.

Материалы и методы. На базе отделения № 21 ККПБ проведено исследование стационарированных больных с синдромом зависимости от алкоголя. Общая выборка исследования была разделена на две группы: 1) лица мужского пола с суицидальными тенденциями – первая группа (n=26), 2) лица мужского пола без суицидальных тенденций – вторая группа (n=117). Причем суицидальные тенденции имели место не только в структуре алкогольного абстинентного синдрома, но и в по-
стинтоксикационном состоянии.

Результаты и обсуждение. Количество пациентов с суицидальными попытками составило 22,2% (из исследования были исключены случаи с завершенными суицидами). В первой группе пациентов с абстинентным алкогольным синдромом психический компонент в клинической картине заболевания представлен в основном депрессивным синдромом ($p < 0,05$), что подтверждает роль депрессий в генезе суицидального поведения. Существенных отличий в двух сравниваемых группах относительно частоты встречаемости таких клинических проявлений как астенический и ипохондрический синдромы, бессонница и тревога в рамках алкогольного абстинентного синдрома не было обнаружено. Прогрессиентность течения алкогольного абстинентного синдрома в обеих группах в целом была одинакова. Наследственная отягощенность по психическим заболеваниям и алкоголизму в первой группе встречается достоверно реже ($p < 0,05$). Наличие в анамнезе пациентов тяжелых черепно-мозговых травм обнаружено в первой группе гораздо чаще, чем в сравниваемой второй группе. Относительно регулярное обращение за оказанием медицинской помощи к психиатру-наркологу установлено в 64,6% случаев.

Выводы. Клинические характеристики алкогольного абстинентного синдрома незначительно отличались в сравниваемых группах. Больные попадали в один диапазон по возрасту, семейному положению, клиническим проявлениям. Депрессивный синдром в клинической картине алкогольного абстинентного синдрома определял больший суицидальный риск в первой группе исследуемых. Улучшить прогноз коморбидной патологии возможно путем рационального сочетания фармакотерапии и психотерапии. Так, при наличии выраженных соматовегетативных, невротоподобных и психопатоподобных проявлений алкогольного абстинентного синдрома были эффективны малые дозы нейролептических препаратов. У пациентов с преобладанием сниженного настроения и тревоги, что связано с серотонинергической дисфункцией, чаще использовали современные антидепрессанты – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина.

Также медикаментозное лечение сочетали с психотерапевтическими воздействиями, в частности наиболее эффективными оказались мотивационное интервью и когнитивно-поведенческая терапия, в рамках которой пациенты учатся выявлять и корректировать свои иррациональные убеждения и логические ошибки. В итоге воздействие этих методик дает возможность повысить стрессоустойчивость и обучиться способам совладания с эмоциональным напряжением, не прибегая к употреблению алкоголя, преодолению алкогольной анозогнозии. Результатом данных лечебных мероприятий стало внимательное отношение к своему здоровью с соблюдением рекомендаций врача, а впоследствии более стойкая мотивация на отказ от употребления алкоголя.

Список использованной литературы

1. Морев М.В., Шматова Ю.Е., Любов Е.Б. Динамика суицидальной смертности населения России: региональный аспект. Суицидология. 2019. Т. 4. С. 3-11.
2. Зотов П.Б., Уманский М.С. Суицидальное поведение больных алкоголизмом позднего возраста в условиях синдрома отмены алкоголя (на примере Юга Тюменской области). Суицидология. 2012. № 3. С. 41-48.

Комплексный подход к ресоциализации детей и подростков с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ в рамках медицинской реабилитации

Вострых Д.В., Кирина Ю.Ю., Лопатин А.А., Пискарева О.И.

**Кузбасский клинический наркологический диспансер,
Кемерово**

**Кемеровский государственный медицинский университет,
Кемерово**

Медицинская помощь пациентам с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ, в том числе и несовершеннолетних, в Кемерове развита и осуществляется в соответствии с современными требованиями. Дети и подростки, страдающие наркологическими расстройствами, нуждаются в особенной реабилитационной помощи, включающей, помимо медицинского компонента, содействие в предоставлении образовательной и юридической помощи, социальное сопровождение.

Так как ресоциализация несовершеннолетних с девиантными формами поведения и аддиктивными расстройствами возможна только в условиях межведомственного взаимодействия, именно поэтому более 20 лет назад было принято решение о создании межведомственного реабилитационного отделения детей и подростков с наркологическими расстройствами на базе образовательного учреждения. На тот момент 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).

Реабилитация несовершеннолетних осуществляется в амбулаторном отделении медицинской реабилитации (для детей и подростков) для лиц с наркологическими расстройствами Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Кузбасский клинический наркологический диспансер» (далее – ГБУЗ ККНД) на базе Государственного учреждения профессионального образования г. Кемерово (далее – ГУПО).

Контингент пациентов межведомственного отделения – несовершеннолетние с девиантными формами поведения и аддиктивными 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. Срок общей программы межведомственной реабилитации рассчитан на 6-9 месяцев, что обусловлено периодом учебного года. Включает в себя длительное наблюдение врачом психиатром-наркологом, диагностику употребления пациентами ПАВ путем проведения исследований мочи на определение наркотических средств, ПАВ и их метаболитов методами качественного и количественного анализов с использованием современного оборудования, психокоррекционные занятия с психологом, работу с родителями и иными созависимыми членами семей, а также профессиональную подготовку.

Психологическая и психотерапевтическая помощь пациентам осуществляется индивидуально или в составе специально сформированных лечебных групп. Формирование групп происходит с учетом пола и возраста пациентов, особенностей личности, нормы и вида наркологической патологии. Основная задача работы с психологом – выработка твердой установки на отказ от употребления ПАВ, что способствует скорейшей социально-трудовой и психологической адаптации.

В процессе реабилитации используются разные методы психотерапевтического воздействия: индивидуальная и групповая психотерапия (когнитивно-поведенческая, личностно-ориентированная, рациональная). Цель этой работы – стабилизация психоэмоционального состояния, устранение личностных и поведенческих расстройств, формирование навыков ответственного поведения, коррекция межличностных (в том числе внутрисемейных) взаимоотношений. Необходимость включения в производственный процесс обеспечивает занятость детей и подростков, способствует формированию мотивации к труду, повышает вероятность формирования профессиональных навыков в дальнейшем, после получения образования, обеспечивает формирование устойчивой социальной позиции с возможностью трудоустройства.

Подростки имеют возможность получить на базе ГУПО профессиональную подготовку по следующим специальностям: плотник, столяр-строительный, слесарь-сантехник, обувщик по ремонту обуви, швея, вышивальщица. После окончания обучения пациенты реабилитационного отделения 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.

Межведомственная работа с несовершеннолетними с девиантными формами поведения и аддиктивными расстройствами более чем за 20 лет зарекомендовала себя как высокоэффективная с позиции реабилитации и ресоциализации пациентов. Одним из критериев оценки эффективности является показатель качества жизни пациентов, завершивших полный курс реабилитации. Данные показатели оценивались в течение 3 месяцев с момента выписки несовершеннолетних из отделения. Продолжили обучение в образовательных организациях профессионального образования 61,5% подростков, трудоустроились – 24,8%, призваны на военную службу – 7,3% человек, 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. Включение образовательного и социального компонентов реабилитационной программы способствует повышению эффективности в рамках социальной адаптации.

По результатам деятельности межведомственного отделения на базе образовательного учреждения можно рассматривать его не только как реабилитационное, но и как профилактическое, осуществляющее вторичную и третичную профилактику поведенческих нарушений и наркологических расстройств, т.е. внедрение реабилитационной межведомственной модели в практику наркологической службы целесообразно и обосновано.

Влияние аффективных нарушений на качество жизни пациентов пожилого и старческого возрастов с сопутствующими хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями

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

**Кузбасская клиническая психиатрическая больница,
Кемерово
Кемеровский государственный медицинский университет,
Кемерово**

Введение: актуальность изучения психических расстройств пожилого возраста подтверждается данными многочисленных эпидемиологических исследований (Семке В.Я., 2006; Дюкова Г.М., 2009), свидетельствующих о возрастании показателей их распространенности в период старения и об увеличении проблем, возникающих в пожилом возрасте. Депрессивные расстройства у пожилых встречаются в 2 раза чаще, чем в молодом и среднем возрастах. При этом частота непсихотической депрессии в несколько раз превышает распространенность психотических расстройств в пожилом возрасте. Рассматривая состояния адаптационных и компенсаторных механизмов, следует отметить, что главный акцент ставится на роли окружающей среды и внутренних ресурсах стареющей личности (Семке В.Я., 2006).

Существующая и прогнозируемая ситуация с возрастанием численности лиц пожилого и старческого возрастов предъявляет новые требования к оказанию им медицинской помощи. С возрастом распространенность хронической сердечно-сосудистой недостаточности (ХСН) и хронической ишемии головного мозга (ХИГМ) увеличивается.

Более 65% таких больных находятся преимущественно в возрастной группе от 60 до 80 лет. Для пациентов данной возрастной категории характерна полиморбидность с синдромом взаимного отягощения. Проблема сочетания патогенетических и клинических взаимосвязей между соматическими заболеваниями с психическими расстройствами становится все более актуальной. Для пациентов старших возрастных групп большую роль в формировании тревожно-депрессивных расстройств играет сердечно-сосудистая патология и высокая распространенность этих нарушений. Аффективные нарушения (тревожно-депрессивные, депрессивно-ипохондрические) оказывают негативное влияние на клиническое состояние этих больных. При наличии выраженных депрессивных нарушений значительно повышается риск острых нарушений мозгового кровообращения и инфаркта. У больных данной возрастной категории имеется отрицательная взаимосвязь между хронической сердечно-сосудистой недостаточностью и аффективными нарушениями. Имеющиеся аффективные нарушения могут формировать отрицательное отношение к проводимой терапии. В связи с этим необходимо учитывать личностные и возрастные особенности пациента, найти возможности для улучшения и поддержания качества жизни пожилых больных – эта задача приоритетна.

Цель исследования: изучить значимость проводимой терапии для качества жизни больных пожилого и старческого возрастов с аффективными нарушениями, страдающих хронической сопутствующей соматической патологией (ХИГМ и ХСН).

Материалы и методы. Исследование выполнено на базе 11-12 психосоматогеронтологического отделения ГБУЗ ККПБ на основе анализа историй болезни госпитализированных пациентов в 2020 г. С учётом пандемии по COVID-19 и ограничением работы в полном объёме в соматогеронтопсихиатрическое отделение в течение 2020 г. поступило 347 (100%) пациентов. Объект исследования – клиническая группа, состоящая из 68 пациентов (19,6% от общего числа поступивших) женского пола, в возрасте от 65 до 85 лет (средний возраст 67 лет) с ИБС, ХИГМ, ГБ, осложненной хронической сердечной недостаточностью II–III функционального класса. Все пациенты предварительно были обследованы кардиологом и неврологом по месту жительства – имелись данные ЭКГ (в том числе и суточного мониторинга), ЭХО-КГ, данные МСКТ головного мозга, УЗДГ брахиоцефальных сосудов, липидограмма. Установлены диагнозы соматических заболеваний профильными узкими специалистами. Использовались психологические методы обследования.

Диагноз депрессии установлен врачом-психиатром методом клинической беседы и клинического наблюдения, соответствовал критериям депрессивного эпизода согласно МКБ-10. В работе использовались клиничко-психопатологический, клиничко-динамический, клиничко-катамнестический, психологические, функциональные методы исследования. В исследовании применялись шкалы Бека (BDI), Гамильтона (HDRS) и Спилбергера–Ханина (STAI). Все обследованные пациенты в течение многих лет страдали хроническими соматическими заболеваниями (ИБС, ГБ, ХИГМ). Давность заболеваний у пациентов составила не менее 10 лет. Из исследования исключались лица с нестабильной стенокардией, перенесшие инфаркт миокарда или инсульт в течение последних 6 месяцев, неконтролируемой артериальной гипертензией, тяжелой сопутствующей патологией.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования выявлено, что 45 пациентов (66%) перенесли депрессивный эпизод легкой степени тяжести, депрессивный эпизод средней степени – 19 (28%), депрессивный эпизод тяжелой степени – 4 (6%).

При исследовании выявлены факторы, способствующие возникновению депрессивных эпизодов у лиц пожилого возраста. В большинстве случаев тягостные переживания были связаны с воздействием микросоциальных факторов: ухудшение физического здоровья (25%), утрата близкого (43%), одиночество (7%), внутрисемейные конфликты (9%), смена жилья, «депрессия переезда» (5%), увольнение с работы, «пенсионная депрессия» (6%), «конфронтация со смертью» (5%). Макросоциальными факторами являлись происходящие в обществе социально-экономические изменения, отношение общества к проблеме старости, ограничению жизнедеятельности и снижению социального статуса пожилых.

Проведенный клинический анализ депрессивных эпизодов легкой степени позволил выявить преобладающие симптомы: гипотимия (3%), ангедония (10%), астенизация (12%), соматические расстройства (15%), когнитивные нарушения (20%), мысли о нежелании жить (3%). Более чем у трети пациентов (37%) преобладали симптомы в виде соматических расстройств, гипотимии, астенизации, когнитивных нарушений, декомпенсации сердечно-сосудистых заболеваний (фибрилляция предсердий, тахикардия, шум в голове, гипертония, головные боли, вестибулоатаксия). В клинической картине депрессивных эпизодов средней степени тяжести преобладал тревожно-двигательный компонент со страхом, отчаянием, выраженной тахикардией. Характерны выраженная фиксация на своем здоровье и утрата перспективы.

У пациентов с депрессивным эпизодом тяжелой степени, помимо депрессивных расстройств, наблюдалось усиление выраженности соматических переживаний. Тревога из-за болезни, соматизация аффекта в основном были сосредоточены на тахикардии, неустойчивости походки («забрасывает»), фибрилляции сердечной мышцы. У таких больных часто наблюдалась отрицательная динамика по ЭКГ.

Лечение больных с депрессивными эпизодами проводилось с учетом выраженности тяжести депрессии и тяжести (декомпенсации) сердечно-сосудистой патологии под динамическим наблюдением терапевта, невролога. При депрессии легкой степени назначались антидепрессанты (вальдоксан, велаксин, азафен). Для лечения депрессивных эпизодов средней степени тяжести в рамках существующих стандартов терапии применялись антидепрессанты (амитриптилин, эсциталопрам, феварин, пароксетин). Вышеуказанные препараты при депрессиях легкой и средней степени тяжести сочетались с присоединением малых и средних доз транквилизаторов, кардио- и сосудисто-метаболических препаратов. В лечении депрессивных эпизодов тяжелой степени вышеуказанные антидепрессанты использовались в средних дозах, транквилизаторы, а также нейролептики (трифтазин, галоперидол, соннапакс, эглонил, хлорпротиксен, тералиджен) назначались в малых дозах. Лечение сочеталось с включением в схему терапии витаминов, сосудистых препаратов и ноотропов. Положительный эффект оказывала проводившаяся со всеми больными психокоррекционная работа, направленная на оптимизацию настроения и восстановление адаптивных возможностей.

Выводы. Таким образом, собственное исследование позволило выявить, что у большинства пациентов пожилого и старческого возрастов с аффективными нарушениями, страдающих хронической сопутствующей соматической патологией, наблюдались депрессивные эпизоды легкой и средней степени тяжести. К основным факторам, приводящим к формированию вышеуказанных расстройств, относятся соматическое неблагополучие, утрата близкого человека, социально-экономические факторы. Аффективные нарушения оказывают выраженное отрицательное влияние на отношение пациентов к проводимой терапии и качеству жизни пациентов пожилого и старческого возрастов с ХСН и ХИГМ, что в свою очередь ведет к ухудшению их клинического состояния и снижению уровня социального функционирования. Комплексное лечение проводилось с учетом тяжести депрессивных расстройств и сопутствующей соматической патологии. Выбор антидепрессанта определялся степенью выраженности депрессивного эпизода.

Аффективные нарушения при оценке юридического критерия ограниченной вменяемости при шизотипическом расстройстве

Гацковская Ю.С., Ядыкина Е.В., Савинцев П.К.

**Кузбасская клиническая психиатрическая больница,
Кемерово**

Проблема судебно-психиатрической оценки шизотипического расстройства является одной из наиболее сложных задач, встречающихся в экспертной практике. Обоснование юридического критерия ограниченной вменяемости при шизотипическом расстройстве требует особого внимания к изучению аффективных расстройств у подэкспертного. Важно учитывать клиническую близость шизотипического расстройства и расстройств личности.

В связи с этим становится наиболее актуальной разработка медицинского и юридического критериев судебно-психиатрической оценки шизотипического расстройства. Очевидно, что при спорном медицинском критерии не менее дискуссионным и сложным является юридический (психологический). Следует отметить, что согласно рекомендации ст.22 УК РФ при указанном расстройстве имеется в виду недостаточная способность осмысления и выбора способов и средств достижения цели, ограниченность регулирующих поведение нормативных оценок при соотнесении с ситуацией, то есть ограниченность волевого контроля. Психологический (юридический) критерий ст. 22 УК РФ важен с учетом функционирования самосознания как одной из составляющих интеллекта. При шизотипическом расстройстве возможны нарушения самооценки, уровня притязаний, недостаточность рефлексии и самокоррекции, которые могут ограничивать возможность контроля поведения. При шизотипическом расстройстве с учетом структурных особенностей ограничена возможность (способность) полноценно регулировать свои действия и осуществлять их произвольный волевой контроль, что считается следствием ограничения способности осознавать свои действия. В рамках судебной психолого-психиатрической экспертизы лиц с шизотипическим расстройством применяется целостный анализ динамики психопатологии личностных особенностей подэкспертного, его роли и позиции в ситуации криминального действия, особенностей ситуации самого правонарушения.

К настоящему времени изучены четыре основных группы шизотипического расстройства: с ведущим (фасадным) психопатоподобным и неврозоподобным синдромами, с аффективными нарушениями и без определенного ведущего синдрома. Обязательными (осевыми) элементами для констатации описываемого шизотипического расстройства и судебно-психиатрической оценки является наличие нарушений в психической сфере, их выраженность при отсутствии значительной прогрессивности. Эти нарушения появляются в сферах мышления (аморфность, метафористичность, стереотипизации, ассоциативные особенности, вычурность, но без признаков разорванности); эмоций (неадекватность или невыразительность аффекта, спонтанные колебания аффекта, эмоциональная холодность); воли (недостаточность целенаправленной активности, импульсивность, недостаточная сопряженность волевого контроля поведения с интеллектуальными способностями). При всех перечисленных основных клинико-структурных нарушениях возможно выявление кратковременных субпсихотических эпизодов, протекающих с иллюзиями, обманами восприятия, бредовыми идеями, немотивированными страхами, навязчивостями, в том числе в анамнезе.

Судебно-психиатрическая оценка при любом психическом расстройстве в меньшей мере зависит от формы так называемого фасада психопатологической картины – основную роль в экспертном процессе играют выраженность и динамика «стержневых» расстройств. При разработке юридического критерия ст. 22 УК РФ значительная роль отводится определению степени свободы личности, существенной в анализе юридически значимого поведения, а также степени сопряженности психопатологии с правонарушением. В мотивах правонарушения подэкспертных, как известно, в той или иной форме отражаются ассоциативные процессы, состояние эмоционально-волевой сферы и интегративная функция критичности.

Разработано 4 клинических варианта, полученных при систематизации изученных случаев. Клинико-динамические особенности каждого варианта, в свою очередь, составляют трехкомпонентный континуум: вмняемость – ограниченная вмняемость и невмняемость (т.е. различную возможность осознать фактический характер своих действия и руководить ими).

Вариант 1. Многоплановость нерезко выраженных расстройств шизофренического спектра с превалированием нарушений мышления.

Вариант 2. Шизотипическое расстройство с преобладанием психастенической и обсессивно-фобической симптоматики.

Вариант 3. Многоплановость нерезко выраженных расстройств шизофренического спектра с наибольшей представленностью аффективных нарушений. Данный вариант обосновано демонстрирует возможность клинически близких проявлений шизотипического расстройства и расстройств личности (т.н. большой и малой психиатрии). Преморбидно при данном варианте возможны все личностные типы – мозаичный, стенический, истерический, истеровозбудимый и др.

Перед правонарушением этот вариант расстройства характеризовался тремя психопатологическими комплексами: А, Б, С. При преобладающем по частоте астенодепрессивном синдроме (А), помимо типичных (облигатных) проявлений, отмечены снижение настроения, продуктивность мышления, трудности сосредоточения, единичные шперрунги, чувство, что от больных «исходит тревога». Обнаружены утрата прежних интересов и снижение круга общения («люди утомляют»), правонарушение совершается против личности по мотиву «обретения ниши покоя», независимо от метода, что отражает недостаточность прогностических функций. Обычно субъект внутренне оправдывает свое поведение.

Тревожно-депрессивному симптомокомплексу (Б), второму по частоте встречаемости, присуще сочетание транзиторных страхов, тревоги, в основном неопределенной, очевидно проявляющейся в мимике, позе, нередкой неусидчивости. У больных при проведении психологического исследования периодически выявляются нарушения мышления: фрагменты паралогичности, аморфности. При описываемом варианте шизотипического расстройства чаще возможны сочетания ауто- и гетероагрессии вследствие недостаточной критичности к своему состоянию и ситуации, оценке их оптимального изменения, прогноза поведенческого акта и его психологического (юридического) аспекта – адекватной регуляции поведения.

При симптомокомплексе (С) с преобладанием аффективных осевых нарушений (депрессии) в анамнезе до совершения ООД отмечаются транзиторные сложные сенестопатии с неприятными ощущениями в голове, субпсихотические проявления – нестойкие бредовые идеи отношения, элементарные обманы восприятия (в основном слуховые в виде окликов). Правонарушение становится реакцией на субъективно и объективно сложную ситуацию, возникшую из-за перенесенного психического состояния, проявляясь в агрессии против конкретных или случайных лиц, внешне напоминая давно описанную «реакцию мимо» при реактивных состояниях, а по сути – реакцию психологически обусловленной мести за непонимание прежних и новых проблем со снижением социальной адаптации.

При этом можно констатировать медицинский и юридический критерии ст. 22 УК РФ, неполноту критических и прогностических способностей. При всех симптомокомплексах этого варианта шизотипического расстройства осевыми (стержневыми) являются аффективные нарушения – от депрессивных до гипоманиакальных (транзиторных). При гипоманиакальных нарушениях периоды повышенной активности с субъективным ощущением ускорения мышления, речи и ассоциаций, расторможенностью влечений, волевая регуляция поведения ограничивается, образуя юридический критерий ст. 22 УК РФ. При субдепрессии с астенией и нарушениями ассоциативной сферы, незначительным эмоциональным уплощением, повышением внушаемости и зависимости можно говорить о неполной способности адекватно руководить своими действиями. Шизотипическое расстройство с осевыми (сквозными) аффективными нарушениями отличается более благоприятной динамикой в плане негативных изменений личности, редко позволяя увидеть глубокие преобразования психической деятельности, что клинически сближает этот вариант с некоторыми расстройствами личности. При этом варианте незначительно нарушается социальная адаптация, причем критерии её изменений даже при весьма неблагоприятных случаях в последние годы оцениваются осторожно (в связи с социально-экономическими изменениями в обществе). Такие данные приближают изучаемое расстройство эндогенного круга к неэндогенному и подчеркивают интегративную суть юридического критерия ст. 22 УК РФ при шизотипическом расстройстве.

Вариант 4. Шизотипическое расстройство с фрагментарностью синдромов (неврозоподобных, психопатоподобных, аффективных).

При шизотипическом расстройстве юридический критерий ст. 22 УК РФ максимально интегративен по сравнению с расстройствами личности и сопряжен со своеобразием мотивации поведения таких личностей. При данном расстройстве шизофренического спектра в составляющих юридического критерия ст. 22 УК РФ, в отличие от расстройств личности, большую роль играют нарушения мышления, ассоциативной сферы, снижение адекватности эмоциональных реакций, искажение самосознания, т.е. стигмы «большой» психиатрии. Выдвигаемые требования к методам судебно-психиатрической оценки предполагают развитие интегративного анализа психического состояния, исходящего из системно-динамической концепции способности осознания фактического характера и общественной опасности своего поведения и руководства им с учетом современных социальных реалий. Разработка и уточнение юридического критерия ст. 22 УК РФ при шизотипическом расстройстве могут способствовать совершенствованию его диагностики по принципу от частного к общему.

Возможности психокоррекционной работы с пациентами, находящимися на принудительном лечении в отделении специализированного типа

Гизатулина Л.В., Краковная Л.В.

Кузбасская клиническая психиатрическая больница, Кемерово

Проблема общественной опасности лиц, страдающих психическими расстройствами, остается актуальной в современной психиатрии. Основными причинами общественно опасного поведения являются характер психопатологических проявлений психического расстройства, особенности личности и неблагоприятные факторы социальной среды. Целью принудительного лечения, согласно ст. 98 УК РФ от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 31.07.2020 г.), являются излечение лиц или улучшение их психического состояния, а также предупреждение совершения ими новых деяний, предусмотренных статьями Особенной части Уголовного кодекса [5]. Исполнение принудительных мер медицинского характера основано на полипрофессиональном бригадном подходе, где наряду с психофармакотерапией важная роль отведена комплексу мер психологического характера.

Материал исследования. Психологическая помощь оказывалась больным, находящимся на принудительном лечении в отделении специализированного типа ГБУЗ ККПБ г. Кемерово. В выборку исследования включены пациенты, имеющие диагноз (по МКБ-10): шизофрения, умственная отсталость, расстройство личности, органическое бредовое расстройство.

К психолого-психотерапевтическим занятиям было привлечено 37 пациентов. Наибольшее количество участников групп составили больные шизофренией (n=20) и умственной отсталостью (n=14). Меньшую долю представляли пациенты с расстройствами личности и органическим бредовым расстройством (n=3).

Подбор пациентов для работы осуществлялся психологом совместно с врачом-психиатром, однако окончательное решение об участии в группе принималось самими больными. Было сформировано 5 групп по диагностическому критерию. Группы были открытыми, т.е. в ходе работы участники вводились и выводились из процесса. Длительность занятий составляла 1 час с частотой 7 раз в неделю. Проведено 42 занятия.

Противопоказанием для участия являлось наличие выраженных негативных расстройств, затрудняющих коммуникацию даже на простейшем уровне, наличие острых психотических расстройств, наличие выраженного агрессивного радикала в поведении [1].

Перед началом психологической интервенции были проанализированы анамнестические сведения о пациентах, по результатам чего был сделан вывод, что большинство больных злоупотребляли психоактивными веществами, значительная часть из них совершили общественно опасное деяние в состоянии алкогольного или наркотического опьянения (табл. 1). Безусловно, при послаблении принудительной меры медицинского характера значительно повышается риск совершения повторных правонарушений.

Т а б л и ц а 1 . Состояние больных, находящихся на принудительном лечении, на момент совершения ООД

Состояние на момент совершения ООД	Трезвые	Под воздействием ПАВ
Умственная отсталость	3	11
Остальные	0	3
Шизофрения	5	15
Итого	8	29

Ведущим направлением психокоррекционной деятельности психолога было выбрано формирование установок пациентов на ведение здорового образа жизни с отказом от употребления ПАВ и приверженностью к медикаментозной терапии.

Первый этап психокоррекционной работы предполагал решение следующих целей: достижение понимания и принятие факта зависимости, выработка установки на трезвость, коррекция моделей поведения, поддерживающих зависимость. Взяв за основу стадии смены самоидентификации при психотерапии зависимостей: «Я – алкоголик; у меня есть болезнь – алкоголизм; алкоголизм лишает меня свободы, управляет моей жизнью; алкоголизм – только часть меня, он не захватил меня полностью; алкоголизм – мой враг, я хочу справиться с ним; я знаю, как справиться с алкоголизмом; я – непьющий алкоголик, и в этом есть свои преимущества» [Старшенбаум Г.В., 2006], для пациентов были созданы условия, в которых они имели возможность обратить внимание на пагубное воздействие защитного механизма отрицания химической зависимости на свою жизнь. Использовались элементы процесса психообразования, приемы визуализации, парадоксальной интенции, ролевые игры, метафорические истории. Подчеркивались негативные последствия употребления ПАВ и положительные последствия отказа от них.

Следуя идее С. Палацолли и соавторов о том, «что аддикт испытывает потребность бороться с объектом своей аддикции» [4] были введены образные представления Здоровья и Болезни, наглядно демонстрировавшие в сравнении друг с другом участникам плюсы трезвости и минусы употребления. Техника «Письмо Болезни» позволила участникам прочувствовать разрушительное влияние химической зависимости на свое состояние. В ответных письмах пациенты писали о том, что «наконец-то увидели врага в лицо», высказывали стремление освободиться от пагубного влияния. Пациенты делились своими историями, предпринимали попытки анализа причин формирования аддиктивного поведения, отслеживали связь между употреблением наркотических веществ и совершением ООД. В результате у большинства участников групп удалось добиться негативного отношения к опыту употребления ПАВ и вызвать стремление к ведению здорового образа жизни.

Далее предстоял процесс обучения новому, свободному от «наркотического голода» поведению, необходимому для ведения самостоятельного образа жизни без зависимостей. Для этого пациенты тренировали умение говорить «Нет» в ответ на предложение выпить спиртное, учились замечать опасные ситуации, приводящие к риску употребления и т.п. Особое внимание уделялось опасности сочетания психофармакотерапии с наркотическими веществами как фактору, провоцирующему обострение и рецидив заболевания. Проводилось обучение релаксации – необходимого навыка снятия эмоционального напряжения, являющегося альтернативой привычному способу расслабления с помощью психоактивных веществ. Неизменной составляющей в процессе занятий было подведение итогов, где участники учились рефлексии, поочередно высказывали собственное восприятие как отдельных упражнений, так и занятия в целом.

Однако людям, страдающим психическими расстройствами, для поддержания своего психического состояния помимо отказа от ПАВ необходимо регулярно соблюдать предписания врача-психиатра. Поэтому на втором этапе коррекционных занятий предстояла работа над формированием приверженности к процессу медикаментозного лечения через преодоление иррациональных убеждений и нереалистично завышенных ожиданий в отношении психофармакотерапии. Здесь важно отметить, что многие пациенты, согласившись на первом этапе не употреблять ПАВ, впоследствии отказывались принимать назначенное им лечение. Они активно предъявляли жалобы на побочные действия лекарств, обращались с просьбами отменить или уменьшить дозу назначенных препаратов.

Проводимая фармакотерапия воспринималась участниками не как способ улучшить состояние психического здоровья, а исключительно как наказание за совершенное преступление. Понимание положительных результатов лекарственной терапии у большинства пациентов отсутствовало. В связи с этим возникла необходимость преодолеть сопротивление лечению и выстроить комплаентные отношения – терапевтическое сотрудничество между врачом и пациентом. Основу работы составил тренинг «Приверженность лечению» [2], благодаря которому пациенты получили представление о том, как действуют антипсихотические препараты, ознакомились с перечнем побочных эффектов и мерами их контроля, освоили азы самонаблюдения за своим состоянием, учились преодолению жизненных трудностей, связанных с приемом терапии через интерактивные беседы, ролевые игры и письменные задания. Кроме того, было проведено занятие с участием врача-психиатра, на котором пациенты имели возможность задать все интересующие вопросы, связанные с «маршрутом» лечения, получить аргументированные ответы на свои нереалистичные ожидания о сроках и организации процесса терапии, были выслушаны и поняты в отношении своих страхов перед побочными действиями лекарств. Следует отметить, что врач выступал с позиции помощи и индивидуально подходил к проблеме каждого участника. Им были озвучены не только рекомендации по лечению, но и собственные ожидания от поведения пациентов. Общение проходило в атмосфере доверия и взаимопонимания, что в итоге способствовало снижению эмоционального напряжения при общении с психиатром и принятию пациентами необходимости выполнения медицинских предписаний.

Первые этапы работы с лицами, находящимися на принудительном лечении, были направлены на принятие факта химической зависимости, разрушение анозогностических убеждений в отношении своего заболевания и формирование терапевтического альянса между врачом и пациентами. На этапе формирования новых убеждений, ориентированных на ведение здорового и социально одобряемого образа жизни, работа строилась на основе когнитивной модели психотерапии. Важной задачей здесь явилось научение пациентов самоанализу своих поведенческих и эмоциональных реакций сквозь призму мыслительных процессов в контексте изменений условий среды. Пациенты ежедневно выполняли записи в форме таблицы СМЭР (стимул-мысль-эмоция-реакция) с опорой на перечень эмоций и телесных ощущений, благодаря чему смогли расширить собственные возможности рефлексии и управления своими реакциями.

Формирование адекватной самооценки проводилось путем научения определять свое эмоциональное состояние, отслеживать колебания своей самооценки в разных социальных ситуациях, в том числе и при общении с окружающими. Особое внимание уделялось как внешней речи, так и внутренней, т.е. автоматическим мыслям, возникающим в ответ на внешние стимулы. Участники учились воспринимать свое поведение как результат определенных установок и убеждений, которые поддаются саморегуляции.

Для закрепления данного материала на практике был проведен литературный вечер, девизом которого стала фраза великого древнекитайского философа Лао Цзы: «Будьте внимательны к своим мыслям. Они – начало поступков». Специально для этого мероприятия были отобраны стихотворения, призывающие к вере в себя и успешное преодоление трудностей, воспевающие морально-нравственные ценности: В. Лескова «Не планируй неудачу», О. Гаврилюк «Жизнь-бумеранг», Н. Тихонова «Шел по улице Бог, слушал мысли прохожих» и др. Участники охотно читали и обсуждали эти поэтические произведения, делились проявившимися чувствами любви и веры в добро, сообщали о том, что прикоснулись к прекрасному, захотелось жить без обид и зла в сердце. Большую роль в формировании убеждений о возможности успешной жизни с болезнью оказал рассказ о жизни и творчестве писателя Э. Асадова. Некоторые пациенты были потрясены фактами из его биографии и сообщили, что это яркий пример того, как человек может жить достойно, несмотря на ограничения своего здоровья. Невольно ассоциируя себя с героем, пациенты заряжались уверенностью в собственных силах. Для усиления данного эффекта был подключен метод кинотерапии – процесса самопознания, предполагающей возникновение возможности перехода к сознательной коррекции своих действий. Пациенты просмотрели несколько художественных фильмов, направленных на формирование конструктивного вида приспособительного поведения в процессе личностно-социального восстановления: «Со дна вершины», «В погоне за счастьем», «Лед-2», «Игры разума» и документальный фильм «История одного обмана: мифы и факты об алкоголе», который дает четкое представление о процессах алкоголизации российского общества, влиянии спиртного на человека и его судьбу [3]. Групповое обсуждение основывалось на уже знакомой и привычной для участников бихевиорально-когнитивной схеме СМЭР. Пациенты отмечали различные чувства, переживаемые во время киносеанса (веру в себя, надежду на лучшее в будущем, уверенность в возможности быть счастливым), высказывали установки на активную социально

приемлемую деятельность, ведение здорового образа жизни, управление болезнью через выполнение назначений и отказ от вредных привычек. Для положительного закрепления у пациентов состояния уверенности в себе на поведенческом уровне был организован турнир по скоростной сборке пазлов, где участники на деле смогли показать свою мотивацию на успех и активизировать волевые способности. Данное событие получило положительный эмоциональный отклик среди пациентов. Они с азартом и нескрываемым удовольствием приняли приглашение соревноваться. Вручение дипломов победителей и участников прошло в торжественной обстановке и стало заключительным психологическим мероприятием в отделении специализированного типа ГБУЗ ККПБ.

Таким образом, проведенная психокоррекционная работа показала новые возможности по формированию установок на ведение здорового образа жизни с отказом от употребления ПАВ и приверженностью к медикаментозной терапии, что способствует снижению риска совершения повторных правонарушений психически больными после их возвращения в общество.

Список использованной литературы

1. Бродова Л.В. Опыт организации и проведения групповой психокоррекционной работы с психически больными в условиях стационара специализированного типа с интенсивным наблюдением (Костромская ПБСТИН). Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электронный научный журнал. 2015. № 4 (10) [Электронный ресурс]. URL: <http://medpsy.ru/climp> (дата обращения: 23.02.2021)
2. Бульгина В.Г. Психокоррекционные мероприятия в практике принудительного лечения психически больных: М. : ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения и социального развития РФ, 2012. 349 с.
3. Правда про Алкоголь. История одного обмана. Вред алкоголя и алкоголизм [Видеозапись] 2014. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=rCORvPx9cR4> (дата обращения: 20.02.2021)
4. Старшенбаум А.В. Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей. М. : Когито-Центр, 2006. 288 с. [Электронный ресурс]. URL: <https://library.iliauni.edu.ge/wp-content/uploads/2017/04/Starshenbaum-G.V.-Addiktologiya.-Psihologiya-i-psihoterapiya-zavisimostej-Kogito-TSentr-2006-368s.pdf> (дата обращения: 24.02.2021)
5. Уголовный кодекс Российской Федерации: от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 30.12.2020) КонсультантПлюс. ВерсияПроф [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10699/c74e6a69c164617f8a7706904947148cf12fdaaa/ (дата обращения: 10.02.2021)

Принципы организации и оказания социальной помощи в психиатрических медицинских организациях

Грачева Т.Ю., Сорокина В.А.

**Кузбасская клиническая психиатрическая больница,
Кемерово**

Актуальность проблемы. Для большинства психиатрических заболеваний характерна социальная дезадаптация. Поступающие в стационар пациенты часто не имеют документов в связи с их утерей или оставлением в залог, а в ряде случаев никогда их не получали (индивидуальный номер налогоплательщика, страховой номер индивидуального лицевого счета, справку об инвалидности, о пенсионных выплатах и/или пособиях, иногда даже паспорт гражданина РФ). Отсутствие фактов установления инвалидности, гражданства, пенсии или пособия серьезно осложняет социальное взаимодействие в обществе, что порочным кругом утяжеляет течение психического заболевания [8]. Ситуация ухудшается с изменением возрастной структуры населения: увеличение доли лиц пожилого возраста коррелирует с ростом распространенности психических заболеваний и социальных проблем [6, 7]. Такая тенденция наблюдается как в развитых, так и в развивающихся странах [4]. Отдельной проблемой является явная и скрытая агрессия общества по отношению к лицам, страдающим психическими заболеваниями, особенно старших возрастных групп [5, 9]. Все вышесказанное характерно для лиц, отбывающих наказание в системе медицинских организаций ФСИН [11]. Часть проблем касается только молодых лиц и подростков [1, 18] или военнослужащих [19].

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. Отсутствие определений серьезно затрудняет организацию работы, мотивирование сотрудников, планирование конечного результата.

Вместе с тем Закон о психиатрической помощи в ст. 16 содержит требование организации таких видов работ как: 1) социально-бытовая помощь и содействие в трудоустройстве лиц, страдающих психическими расстройствами; 2) решение вопросов опеки; 3) 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; 4) социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами, а также уход за ними; 5) получение образования инвалидами и несовершеннолетними, страдающими психическими расстройствами. В ряде работ были предложены инновационные технологии социально-медицинской помощи [20], 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 предложения, предлагающие готовить в медицинских вузах специалистов по направлению «социальная работа» или проводить подготовку в этом разделе [3, 12].

Обсуждение результатов. Для полноценного лечения представляется необходимым комплексный подход к решению не только медицинских, но и социальных, юридических, бытовых проблем у пациентов психиатрических стационаров [10]. Для организации такого подхода в ГКУЗ КО КОКПБ были созданы и внедрены: 1) отделение социальной помощи с положением об отделении и критериями качества работы, 2) полипрофессиональные бригады, 3) карты работы полипрофессиональной бригады 1-го и 2-го уровней.

Организация отделения медико-социальной помощи предусматривает проведение реабилитации пациентов в социуме с поддержкой сохраненных социальных функций и замещением утраченных. Так, пациенты, лишенные социальных навыков коммуникации и общения, вряд ли без 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 сторонней помощи пациенты обойтись не могут.

Полипрофессиональные бригады действуют в смешанном составе: лечащий врач, заведующий отделением, социальный работник, юрист, психолог, при необходимости логопед или педагог. Задачей полипрофессиональной бригады является системный подход к решению наиболее сложных проблем, решение которых невозможно только специалистами социальной службы.

К таким сложным проблемам относятся запросы по установлению личности и гражданства, помещение в психоневрологический интернат, установление опекуна и замена недобросовестного опекуна, лишение или восстановление гражданских прав (дееспособности), вступление в права наследования.

Таким образом, имеющиеся проблемы можно обозначить как повышение потребности психически больных граждан в различных видах социальной помощи [2]; общество не проявляет толерантности к лицам, страдающим психическими расстройствами, инвалидам и пожилым [14, 16]; отсутствие детальной правовой регламентации этого раздела; отсутствие обучения социальной помощи в медицинских образовательных учреждениях и поверхностные знания у медицинских работников в этой области; значительное количество пациентов, лишившихся жилья, в том числе пострадавших от действий родственников и третьих лиц, а также нуждающихся в помещении в ПНИ; снижение доли стационарной психиатрической помощи с увеличением стационарозамещающих технологий [13]; сложная процедура установления гражданства у лиц, имевших гражданство СССР, но не получивших гражданство РФ по различным причинам, в том числе у психически больных и лиц без определенного места жительства; отсутствие разработанных методик по социально-медицинскому сопровождению психически больных лиц, проживающих в социальном жилье [17].

С целью обеспечения профилактики в сфере охраны психического здоровья предлагаются меры по организации отделений медико-социальной помощи в медицинских организациях психиатрического профиля, а также предложения по оптимизации процесса оказания социальной помощи и изменения законодательства.

Список использованной литературы

1. Абабнех О.Н. Социальная работа с детьми и подростками в психиатрии. Молодой ученый. 2019. № 6 (244). С. 164-168.
2. Александровский Ю.А. Социальные изменения в обществе и психическое здоровье. Психическое здоровье: социальные, клиничко-организационные и научные аспекты: Сб. материалов научно-практ. конф. / под ред. Г.П. Костюка. М., 2017. С. 46-51.
3. Арпентьева М.Р. Проблемы качества клиничко-психологического консультирования и подготовка специалиста. Сибирский научный вестник. 2018. № 1 (31). С. 15-20.
4. Баярхуу С., Шурыгина Ю.Ю. Сравнительные аспекты организации социальной работы в медицинских учреждениях России и Монголии. Социальная безопасность и социальная защита населения в современных условиях: Сб. материалов Междунар. научно-практ. конф. / отв. ред. Н.С. Антонова. Улан-Удэ, 2018. С. 56-60.

5. Боженкова К.А., Бохан Т.Г. Транспективный анализ феномена геронтологического насилия. Сибирский психологический журнал. 2018. № 67. С. 135-148.
6. Бгашев В.Н. Эйджизм. Возрастная дискриминация в современном обществе с позиции политической корректности. Наука, образование и экспериментальное проектирование. Труды МАРХИ. Материалы междунар. научно-практ. конф. М., 2018. С. 134-139.
7. Бурдаев Н.И., Сбоева С.Г., Кривошеев С.А. Анализ индикаторов качества жизни и благополучия лиц старших возрастных групп в Российской Федерации. Сеченовский вестник. 2018. № 4 (34). С. 16-24.
8. Голубев С.А. Клинико-демографические характеристики больных с впервые диагностированной шизофренией. Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы Сб. материалов научно-практ. конф. / под ред. Г.П. Костюка. М., 2018. С. 165-177.
9. Горошко Н.В., Емельянова Е.К. Старение населения как фактор развития российского рынка патронажного ухода и паллиативной помощи гражданам пожилого возраста. Электрон. научно-метод. журн. Омского ГАУ. 2019. № 2 (17). С. 16.
10. Грачева Т.Ю., Сорокина В.А. Соблюдение прав пациентов как основа организации социальной работы в медицинских организациях. Медицинское право: теория и практика. 2018. Т. 4, № 2 (8). С. 21-26.
11. Каплун В.А. Организационно-правовые аспекты реформы медицинского обеспечения в исправительных учреждениях на современном этапе. Уголовно-исполнительная система сегодня: взаимодействие науки и практики Сб. материалов Всерос. научно-практ. конф. / Отв. ред. А.Г. Чириков. Новокузнецк, 2018. С. 263-270.
12. Королёв М.А. Новый образовательный стандарт направления подготовки «социальная работа» в медицинском вузе. Динамика социальной среды как фактор развития потребности в новых профессионалах в сфере социальной работы и организации работы с молодежью: Материалы междунар. научно-практ. конф. / под общ. ред. З.Х. Саралиевой. Нижний Новгород, 2019. С. 31-38.
13. Мелик-Гусейнов Д.В., Костюк Г.П., Черемин Р.А. О концепции развития психиатрической службы города Москвы. Региональный опыт модернизации психиатрических служб: Сб. материалов научно-практ. конф. / под ред. Г.П. Костюка. М., 2017. С. 263-270.
14. Пластинина М.А. Проблема социальной адаптации психически больных в контексте психосоциальной реабилитации. XX Всерос. студ. научно-практ. конф. Нижневартковского ГУ: Сб. статей. Нижневартовск, 2018. С. 599-603.
15. Мороз И. Сотрудничающий центр ВОЗ по вопросам охраны психического здоровья населения. Российский психиатрический журнал. 2017. № 1. С. 84-85.
16. Пузин С.Н., Криворучко Ю.Д. Медико-социальный аспект развития паллиативной помощи больным с деменцией. Российский психиатрический журнал. 2017. № 4. С. 13-22.

17. Романычев И.С. Модель сопровождаемого проживания инвалидов как альтернатива стационарному проживанию. Наука и инновации в XXI веке: актуальные вопросы, открытия и достижения: Сборник статей IV Международной научно-практ. конф. В 3-х частях. Пенза, 2017. С. 279-286.
18. Сычева А.Ю. Девиантное поведение молодежи XXI века. OPEN INNOVATION: сборник статей IX Международной научно-практической конференции : в 2-х ч. Пенза, 2019. С. 156-159.
19. Тегза В.Ю., Дьяконов И.Ф., Овчинников Б.В., Шпиленья Л.С., Палехова О.В. Современные и перспективные технологии медико-психологической реабилитации военнослужащих. Medline.ru. Российский биомедицинский журнал. 2015. Т. 16, № 3. С. 659-668.
20. Шурыгина Ю.Ю. Инновационные технологии медико-социальной работы с населением. Отечественный журнал социальной работы. 2015. № 2. С. 160-168.

Особенности клинического течения аффективных расстройств в пожилом возрасте и социальные аспекты системы поддержки при аффективной патологии

Гусев С.И.

Кемеровский государственный институт культуры, Кемерово

Одной из важных проблем, которая приобретает в настоящее время огромное значение, является возрастное старение населения. Практически во всех странах мира происходит существенное увеличение пожилого контингента населения, 1/5 часть населения – это лица старше 60 лет. Большинство исследований, касающихся геронтопсихиатрии, говорит о значительном росте числа психически больных пожилого возраста, нуждающихся как в стационарной, так и во внебольничной помощи (Ястребов В.С., Зозуля Т.В., 2001). Большую часть психических расстройств в пожилом возрасте составляют непсихотические психические расстройства (Семке В.Я., Цыганков Б.Д., Одарченко С.С., 2006). Наиболее распространёнными психическими нарушениями среди лиц пожилого возраста являются НПП, а среди них самая частая патология – аффективные расстройства (АР). Признаки выраженной депрессии обнаружены у 13,5% лиц старшей возрастной группы, большой депрессивный эпизод – у 3% мужчин и 4% женщин старше 65 лет (Незнанов Н.Г., 2008; Незнанов Н.Г., Круглов Л.С., 2008); распространённость депрессий у лиц пожилого возраста составляет 12,3% (14,1% у женщин и 8,6% у мужчин) (Сиденкова А.П., 2010).

В большинстве случаев у пациентов старше 60 лет НПР имеются коморбидные состояния (Калын Я.Б., 1999; Гарганеева Н.П., Шахурова Н.И., Счастный Е.Д., 2009; Раевский А.А., Осипова В.А., 2012). Наиболее выраженные нарушения клинического и социального характера проявляются при деменции, на фоне ведущих нарушений памяти и интеллекта формируются аффективные нарушения различной степени выраженности. Изменения эмоциональной сферы у пожилых людей связаны с физическим и психическим состоянием человека.

В практической деятельности врача-психиатра на амбулаторном приеме часто встречаются случаи аффективных психических расстройств, возникающих в различном возрасте. Однако частота, тяжесть и особенности проявления АР в пожилом возрасте создают не только сложности в диагностике и терапии, но и имеют массу социальных проблем как для самих пациентов, так и для родственников, социальных служб. Пожилой возраст по классификации АПН СССР – это 61-75 лет. Редкая обращаемость в начальной стадии появления аффективной патологии приводит к тому, что пациент появляется на приеме обычно по инициативе родственников, социальных служб уже при наличии выраженной, длительно текущей симптоматики с суицидальными намерениями, психотическими симптомами. Клиническое течение на фоне соматической отягощенности, органических расстройств центральной нервной системы отличается стойкостью и коморбидностью различных клинических состояний. Нарушения интеллекта и памяти различной степени выраженности не всегда позволяют собрать полноценный анамнез и определить с этапностью развития психопатологической симптоматики.

Анализ назначенных психофармакологических препаратов у пациентов с АР в амбулаторной практике в пожилом возрасте показал, что более 80% обследованных получали антидепрессивные препараты (в большинстве случаев amitriptyline в силу финансовых возможностей, доступности и приемлемых клинических эффектов). Транквилизаторы и нейролептики получали 20-30% пациентов, что связано с преобладанием в структуре симптомов дистимии, тревоги, реже назначались снотворные (10-20%). Значительные проблемы существуют с подбором как эффективного препарата, так и его дозировки, так как большинство пациентов принимают различные препараты, назначаемые терапевтами и другими специалистами, часто с постоянным приемом. Соматическая отягощенность выступает как коморбидный фактор при возникновении аффективной патологии, ухудшении здоровья и требует комплексной терапии с совместным подбором препаратов и длительности терапии.

Происходит значительное нарушение социального функционирования пациентов, что связано с рядом современных социально-экономических факторов. При анализе социальных факторов обращают внимание возникающие проблемы с недостатком внимания со стороны родственников, ухудшением материального положения, усиливающимися проблемами самообслуживания и коммуникации. Характерно нарушение ориентации в простейших житейских ситуациях: при приобретении продуктов и хозяйственных товаров, отказ от посторонней помощи, излишняя доверчивость, последующее вовлечение в криминальные ситуации с потерей имущества и финансовых средств.

В результате проведенного исследования установлены некоторые особенности формирования и проявления аффективных расстройств: низкая комплаентность к терапии, выраженные нарушения социального функционирования (нарушения самообслуживания, бытовой активности), а также проблемы, связанные с социальной адаптацией, невозможностью осуществлять прежний стереотип жизнедеятельности. Возникающие сложности социального характера, отказы от лечения или несоблюдение схемы терапии часто связаны с умеренно выраженными или глубокими когнитивными нарушениями, психотическими расстройствами. На этом этапе имеющиеся коморбидные неврологические нарушения часто вообще не воспринимаются такими пациентами в связи с нарастающей степенью утраты критики. Наличие психопатологической симптоматики в виде психотических расстройств, выраженных когнитивных нарушений преимущественно заключается в ухудшении состояния и прогноза у пациентов с хронической соматической патологией, с частыми обострениями, декомпенсацией течения сердечно-сосудистой патологии, особенно при нарушениях мозгового кровообращения.

Выводы. Аффективная патология в пожилом возрасте отличается частым наличием стертых, соматизированных форм психопатологической симптоматики в виде астенических и ипохондрических симптомов, дистимии до развернутых депрессивных эпизодов на смешанном органическом фоне (возрастные старческие изменения, сосудистые заболевания головного мозга, алкогольной энцефалопатии) с затяжным течением. При выраженных когнитивных нарушениях со снижением интеллекта, наличием стойких психотических проявлений с формированием сенильного или органического психоза требуется стационарная терапия с последующим амбулаторным наблюдением и лечением, решением вопроса о дееспособности и о возможном направлении на МСЭ психиатрического профиля.

В настоящее время специфика проживания таких пациентов в сельской местности создает дополнительные проблемы, связанные с удаленностью населенных пунктов от медицинских учреждений, способных оказывать специализированную психиатрическую помощь. Следует организовать проведение видео- и телемедицинских консультаций специалистов психиатров. Необходимо предусмотреть расширение сферы социальной помощи таким пациентам с возможностью создания государственных пансионатов, отделений по уходу с обеспечением консультативной помощи невролога и психиатра (как вариант – создание по зарубежному опыту пансионатов для совместного проживания таких пациентов). Требуется разработать методические рекомендации для социальных работников и медицинского персонала по определению признаков ухудшения психического состояния, выявлению психических симптомов у обслуживаемых пациентов. Необходимо включить в программу подготовки социальных работников вопросы по определению психических отклонений у пожилых людей.

Некоторые клинические аспекты аффективных расстройств при COVID-19

Гусев С.И., Лончакова В.В.

**Кемеровский государственный институт культуры Кемерово
ООО «Медицинский центр Мегаполис», Кемерово**

В доступных научных публикациях упоминается о влиянии вируса COVID-19 на психическое состояние заболевших. В то же время не акцентируется внимание на специфичности самого вируса к поражению нервной системы, не проводится разграничение по особенностям течения психических расстройств в начале заболевания, в период выраженного обострения и при реконвалесценции [1, 2, 3].

Люди с психическими расстройствами могут быть значительно более подвержены эмоциональным откликам на эпидемию COVID-19, проявляющимися в рецидивах уже имеющихся психических расстройств или ухудшении состояния из-за высокой чувствительности к стрессу в сравнении с общей популяцией населения. Наконец, многие люди с психическими расстройствами регулярно посещают амбулаторный приём в целях наблюдения и получения рецептов. Однако карантинные запреты привели к тому, что эти регулярные посещения становятся всё более сложными и практически несуществующими [4].

При анализе тревожных и фобических переживаний, поведенческих проявлений выделяют три базовых взаимосвязанных фактора, определяющих структуру COVID-стресс-синдрома. Первый фактор отражает беспокойство личности относительно опасности инфицирования COVID-19. Второй предиктор, наоборот, основан на убеждении, что угроза этого опасного заболевания преувеличена и связана с пренебрежением социальной дистанции. Наконец, третий фактор, коррелирующий с первым, проявляется компульсивными проверками, поиском гарантий факта неинфицирования с постоянным тестированием на COVID-19. Он связан с поведением самозащиты, паническими покупками и чрезмерным использованием средств индивидуальной защиты (Бохан Н.А., 2021). По другим исследованиям, у 20–40% пациентов с COVID-19 в течение 3 месяцев после постановки диагноза развились проблемы с психическим здоровьем, появились такие расстройства как депрессия, тревога или деменция. Риск появления этих расстройств вдвое выше превышает таковой по сравнению с не переболевшими COVID-19. У пожилых людей с COVID-19 также в 2-3 раза выше риск развития деменции. Страх и тревога – это базовые реакции на возможные или реальные угрозы в те моменты, когда человек сталкивается с неизвестностью и неопределенностью. У некоторых людей пандемия либо спровоцировала, либо усугубила проблемы с психическим здоровьем. Существуют опасения, что психические расстройства при коронавирусе могут сохраниться в долгосрочной перспективе [1, 2, 3].

В остром периоде возникновению и утяжелению психических расстройств могут способствовать ухудшение соматического состояния и воздействие вируса на нервную систему, а изоляция провоцирует усиление тревоги и депрессии. Появляются генерализация тревоги и панические атаки различной степени выраженности, что требует специфической терапии с применением психотропных препаратов. Утяжеление соматического состояния на фоне нарушений сна может сопровождаться психотическими расстройствами в виде делириозной симптоматики с галлюцинаторными переживаниями, особенно в период «разгара» болезни. В дальнейшем ведущей становится стойкая астеническая или ипохондрическая симптоматика, чему способствуют тяжелое течение и тяжесть соматических проявлений COVID-19. Выраженность страхов и навязчивостей определяется индивидуальными особенностями личности и присоединением тревожных расстройств. Это как проявление ковидофобии (страха заражения инфекцией), так и целого комплекса специфичных страхов и навязчивостей с ритуалами «предохранения от болезни».

Например, часто встречается мизофобия, характеризующаяся навязчивым страхом заразиться при непосредственном контакте с больными или через загрязненные предметы. Тяжесть депрессивных проявлений частично связана с индивидуальными особенностями заболевшего (как реакция на психотравму). На фоне выздоровления частота и выраженность аффективной психопатологической симптоматики определяются индивидуальными эмоционально-волевыми качествами личности, тяжестью психосоматических расстройств в остром периоде COVID-19 и наличием коморбидной патологии в виде органических расстройств нервной системы различной степени выраженности. У людей с паранойяльными чертами характера, параноидной настроенностью и тенденцией к искажению фактов формируются бредовые психозы с идеями отношения, преследования, воздействия, галлюцинаторными переживаниями. В то же время при выраженных психических расстройствах в виде тревоги, страхов, навязчивостей и избегающего поведения страх стигматизации при обращении к врачу-психиатру оказывается более значимым, чем тревога и психические расстройства при COVID-19. По данным разных авторов, из числа заболевших за помощью к врачам-психиатрам обращается незначительное количество пациентов. Нагнетание тревоги и страха по поводу пандемии коронавируса в СМИ, негативные последствия самоизоляции стали самыми мощными психотравмирующими факторами, в первую очередь для одиноких пожилых людей. По мнению специалистов, вынужденное одиночество, ограничение или разрыв социальных связей – всё это требует расширения возможности оказания специализированной психиатрической помощи именно людям из групп риска – пожилым и одиноким.

Список использованной литературы

1. Пизова Н.В., Пизов А.В. Депрессия и посттравматическое стрессовое расстройство при новой коронавирусной инфекции. Лечебное дело. 2020. № 1. С 82-87. DOI: 10.24411/2071-5315-2020-12197
2. Мосолов С.Н. Проблемы психического здоровья в условиях пандемии COVID-19. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020. Т. 120, № 5. С. 7-15. <https://doi.org/10.17116/jnevro20201200517>
3. Новикова Л.Б., Аюпян А.П., Шарапова К.М., Латыпова Р.Ф. Неврологические и психические расстройства, ассоциированные с Covid-19. Артериальная гипертензия. 2020. Т. 26, № 3. С. 317-326.
4. Yao H, Chen JH, Xu YF. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*. 2020 Apr;7(4):e21. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30090-0. PMID: 32199510; PMCID: PMC7269717.

Клиническая структура аффективных расстройств у несовершеннолетних

Гусев С.И., Устьянцев Л.Г.

**Кемеровский государственный институт культуры, Кемерово
Кузбасская клиническая психиатрическая больница,
Кемерово**

Традиционно дети и подростки относятся к числу наиболее уязвимых контингентов в отношении развития психических расстройств в силу недостаточной зрелости организма и, как следствие, повышенной чувствительности к различным негативным факторам. Возрастные уровни развития определяют не только характер симптомов, но и клиническую форму психических расстройств [1, 2, 4].

В работах В.В. Ковалева выделяется четыре уровня психического развития ребенка: 1) *соматовегетативный уровень развития* – невропатический синдром с соматовегетативными расстройствами (0–3 года); 2) *психомоторный* – гипердинамические синдромы, системные невротические и неврозоподобные двигательные расстройства – тики, заикание, мутизм и др. (4–10 лет); 3) *аффективный* – психопатологически очерченные синдромы страхов (формирование самосознания), синдром повышенной аффективности, уходов из дома и бродяжничества (7–12 лет); 4) *эмоционально-идеаторный*, характеризующийся возникновением психопатологических расстройств на основе сверхценных образований (патохарактерологические реакции и развитие, синдромы ипохондрический, дисморфофобический, нервной или психической анорексии, сверхценных увлечений, синдром «философической интоксикации» и пр.) в 12–16 лет [3].

Подростковый возраст наиболее восприимчив к внешнесредовым воздействиям в связи особенностями уровня развития, расширением контактов, ослаблением контроля со стороны родителей, предоставлением большей свободы. Особенности современного информационного мира с его цифровизацией, обилием различных сообществ в социальных сетях (иногда деструктивной направленности), навязываемых стереотипов поведения и сомнительных критериев «качества» жизни оказывают значительное влияние на формирование иерархии ценностей у ребенка, моделей поведения, обуславливают ответные реакции на несоответствие усвоенным нормам, вовлечение в различные маргинальные и асоциальные группы.

В такие периоды у недостаточно зрелой личности в связи с невозможностью разрешить трудную либо субъективно значимую ситуацию чаще возникают состояния декомпенсации, проявляющиеся аффективными расстройствами, патохарактерологическими реакциями, дисморфофобическим синдромом, нарушением пищевого поведения с выраженным нарушением адаптации в семье или образовательном учреждении. Внешние проявления вышеуказанных состояний могут варьировать от краевых, требующих амбулаторной специализированной помощи и психологической коррекции, до выраженных аффективных расстройств, суицидальных тенденций с необходимостью неотложной или экстренной госпитализации [4, 5].

В практике амбулаторной детско-подростковой психиатрической службы и детского отделения ККПБ часто встречались аффективные расстройства депрессивного спектра, а необходимость госпитализации определялась высоким суицидальным риском. Психическое состояние таких пациентов характеризовалось длительно подавленным настроением, снижением жизненного тонуса, утомляемостью, расстройствами сна, тоской, тревогой, драматическим или самоповреждающим поведением. Сложность диагностики и амбулаторной терапии определяется латентным течением таких расстройств, поздней обращаемостью, частым нежеланием откровенно рассказать об имеющихся психических переживаниях, психологических конфликтах, отказом законных представителей от обращения к врачу-психиатру или предложенной терапии в стационаре, недооценкой дальнейшего ухудшения состояния с появлением риска агрессии или суицидального поведения. Всё это приводит к появлению затяжных и рецидивирующих психопатологических состояний, выраженным нарушениям поведения различного характера с последующей экстренной госпитализацией в психиатрический стационар. Кроме того, депрессивные расстройства часто выступают спутником нарушенного пищевого поведения – нервной анорексии. У таких пациентов явления дисморфофобии зачастую культивировались на ложных стереотипах красоты, без критики почерпнутых из СМИ, в результате некорректных высказываний значимых лиц либо целенаправленной травли в школе или социальных сетях. Девочки-подростки с нарушением пищевого поведения были патологически охвачены вопросами своего веса, игнорировали последствия изнурительного голодания, были глухи к словам родителей и рекомендациям врачей. В случае срыва и «переедания» у них возникали навязчивые опасения набора веса, чувство вины с идеями самоуничтожения, суицидальными тенденциями, самоповреждающим поведением.

Подростковый контингент с аффективными нарушениями составляет одну из наиболее трудных когорт в терапии из-за частых регоспитализаций. Анализ анамнестических сведений в большинстве случаев свидетельствовал о наличии патохарактерологических черт либо индивидуально-личностных особенностей и аффилированных с ними факторах социального неблагополучия.

Стигматизация общества в отношении психиатрической помощи приводила к тому, что родители недооценивали состояние ребенка, не обращали внимания на проявления стресса в связи с проблемами в школе, приходили к врачу позднее, чем того требовала ситуация. Они недоверчиво относились к медикаментозной помощи и пребыванию в психиатрическом стационаре, часто шли «на поводу» у подростка и проявляли неуместную жалость, настаивая на преждевременной выписке. Такие ситуации нередко приводили к клинически необоснованной выписке по требованию родителей, отказу или отсутствию приверженности к терапии.

Принимая во внимание большую значимость социальных факторов в развитии психических аномалий, для эффективного ведения таких пациентов, предупреждения повторных декомпенсаций кроме диагностических, терапевтических мероприятий с обязательным участием врача-психиатра, психотерапевта и медицинского психолога необходимо проведение работы, направленной на системную семейную психогигиену и психопрофилактику. Очень важно привлечь на сторону врача родителей, опекунов детей, других значимых для подростка лиц, представителей образовательных учреждений, социальных служб, правоохранительных органов и организаций, занимающихся работой по духовно-нравственному детско-подростковому развитию.

Список использованной литературы

1. Гуревич М.О. Психопатология детского возраста. М.: Гос. мед. изд-во, 1932. 229 с.
2. Гурьева В.А., Дмитриева Т.Б., Макушкин Е.В., Гиндикин В.Я., Бадмаева В.Д. Клиническая и судебная подростковая психиатрия. М. : Изд-во Медицинское информационное агентство, 2001. 488 с.
3. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей. М. : Медицина, 1979. 608 с.
4. Личко А.Е. Подростковая психиатрия: руководство для врачей. 2-е изд., доп. и перераб. Л. : Медицина, 1985. 416 с.
5. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М.: Медицина, 1959. Т. 2. Ч. 2. 406 с.

Клинические особенности гипервентиляционного синдрома у пациентов с невротическими состояниями в период пандемии COVID-19

Демко А.А., Обеснюк О.А.

**Кузбасская клиническая психиатрическая больница,
Кемерово**

В период пандемии COVID-19 особенно частыми стали обращения пациентов, страдающих невротическими расстройствами и расстройствами адаптации, в клинической картине которых наблюдаются явления гипервентиляционного синдрома (ГВС). Показано, что ГВС занимает видное место в общей структуре заболеваемости (включая болезни органов дыхания) и составляет 5-10% в контингенте взрослого населения (Абросимов В.Н., Гармаш В.Л., 1998). В период пандемии COVID-19 количество амбулаторных обращений к психотерапевтам в период с апреля 2020 г. по март 2021 г. значительно возросло – в общей сложности было принято 3 348 человек, что на 14,4% больше, чем за аналогичный период 2019 г. (2 895 человек).

Стационарное психотерапевтическое отделение ККПБ возобновило свою работу с ноября 2020 г. За период с ноября 2020 г. по март 2021 г. количество пациентов с проявлениями ГВС, находящихся на стационарном лечении, составило 67 человек. По последним данным отечественных авторов (Первунинская М.А. 2021), количество пациентов, перенёсших COVID-19 с жалобами на проявления ГВС, занимает второе место по частоте обращения к врачам соматического профиля – после аносмии.

Гипервентиляция (учащенное дыхание) – это увеличение легочной вентиляции неадекватно уровню газообмена в организме. Гипервентиляция ведет к избыточному выделению углекислого газа (CO_2) из организма, развитию гипокании со снижением парциального давления углекислого газа в альвеолярном воздухе и кислорода в артериальной крови. В ряде исследований ГВС описывается как синдром в структуре неврологических, соматических, психических заболеваний (Токарева Н.А., 2004). Альтернативой такому подходу является анализ клинической картины заболевания, предусматривающий изучение как соматических, так и психических аспектов расстройства на примере психосоматических соотношений в структуре органических неврозов с учетом их взаимодействия и взаимовлияния (Иванов С.В., 2000).

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей клинических проявлений гипервентиляционного синдрома у пациентов, обращающихся в отделение неврозов за стационарной помощью в период пандемии COVID-19.

Критериями отбора больных явилось наличие у них проявлений синдрома гипервентиляции.

Материал исследования. Нами было проанализировано 67 историй болезней пациентов, пролеченных в период с ноября 2020 г. по март 2021 г. в отделении для оказания помощи пациентам, страдающим непсихотическими психическими расстройствами.

Клиническим проявлением психогенной гипервентиляции является усиленное глубокое дыхание, не связанное с 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, иногда несколько вдохов с участием вспомогательных мышц, чтобы «продохнуть» и получить чувство удовлетворения.

Среди многообразия клинической симптоматики прослеживается типичная триада: дыхательные нарушения, эмоциональные нарушения и мышечно-тонические расстройства (нейрогенная тетания).

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

У пациентов первой группы (n=29 – 43,2%) отмечалось субъективное ощущение нехватки воздуха («пустое дыхание»), побуждающее больного делать более глубокие и/или частые вдохи. Вторую группу (n=16 – 23,1%) составили пациенты с затруднённым дыханием, которое характеризовалось ими как «спазм при вдохе», «ком в горле». Объективно отмечалось аритмичное усиленное дыхание с участием вспомогательной дыхательной мускулатуры. Третья группа (n=9 – 13,4%) была самая малочисленная, болезненные ощущения проявлялись расстройством дыхательного автоматизма и сопровождалась ощущением остановки дыхания, больные непрерывно следили за актом дыхания и постоянно включались в его регуляцию. Четвёртая группа (n=13 – 19,4%) включала пациентов с гипервентиляционным эквивалентом, в качестве которого выступали зевота, глубокие вздохи, сопение, кашель.

Необходимо отметить, что из 67 пациентов 32 человека (47,7%) перенесли ранее COVID-19. Из них в лёгкой форме (без лёгочных проявлений) – 11 человек, с пневмонией – 21 человек. 35 человек из общего числа больных (52,3%) в анамнезе не имели перенесённой коронавирусной инфекции.

Эмоциональные нарушения у обследуемых пациентов представлены в виде тревожно-ипохондрических и фобических проявлений. Помимо жалоб на постоянное нервное напряжение, повышенное беспокойство, утрату способности расслабляться, пациенты испытывали стойкие тревожные мысли по поводу возможности заболеть коронавирусной инфекцией либо повторно заразиться этой инфекцией, пациентов постоянно мучил страх, что они не «выздоравлили до конца» от COVID-19. Фобии у данных пациентов чаще всего носят характер ипохондрических страхов за свое здоровье и связаны, так или иначе, с переживаниями по поводу COVID-19. Переживания ипохондрического характера порой усиливались до состояния выраженной тревоги, паники, сопровождались возникновением страха смерти, часто являясь проявлением психовегетативных пароксизмов.

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 перенесённая коронавирусная инфекция как непосредственно ими самими, так и близкими родственниками, и возможные тяжелые последствия. Кроме того, довольно часто звучали жалобы на плохое настроение, тревожные мысли в связи с ситуацией сложного материального положения, которое пациенты связывали с длительным периодом самоизоляции. Реже причиной являлись другие стрессовые ситуации, не имеющие к пандемии отношения.

У пациентов отмечалась фиксация внимания на имеющихся ощущениях, контроль за дыханием был непрерывным процессом, в предъявлении жалоб преобладали демонстративность и драматичность. Больные высказывали идеи по поводу дальнейших обследований в соматической сети, добивались проведения дополнительных тестов на наличие коронавирусной инфекции. Высокий уровень тревожности и фиксация на собственных ощущениях приводили к стойкой ипохондрической убеждённости пациентов в наличии органичной патологии.

Выводы. Проведенное исследование показало, что гипервентиляционный синдром отличается полиморфизмом клинической картины, в том числе наличием эмоциональных нарушений в виде повышенной тревожности и ипохондрических тенденций. В период пандемии COVID-19 ГВС стал встречаться значительно чаще у пациентов с невротическими расстройствами, что обусловлено особенностями течения коронавирусной инфекции.

Психические нарушения в структуре постковидного синдрома

Динкель О.Л.

Прокопьевская психиатрическая больница, Прокопьевск

В настоящее время в научной среде появляется все больше исследований, посвященных как коронавирусу, так и его последствиям. Одни ученые обсуждают вопрос появления затяжных проявлений коронавируса, другие изучают воздействие инфекции на различные системы и органы. Согласно классификации Национального института здоровья Великобритании симптомы постковидного синдрома могут наблюдаться более 12 недель, бывают не объяснимы альтернативным диагнозом, способны меняться со временем, исчезать и вновь возникать, затрагивая многие системы организма. Вспышка COVID-19 превратилась в гигантский психосоциальный эксперимент, вызывающий психологические нарушения адаптации и психические расстройства людей.

На человека оказывает большое влияние поток ежедневных разноплановых и противоречивых сведений из средств массовой информации, из социальных сетей о пандемии в мире, в стране, в городе, вызывая высокую тревожную напряженность населения. Ограничительные мероприятия медицинского и социального характера, направленные на противодействие распространению COVID-19, изменили привычный жизненный стереотип, что также оказало негативное влияние на психологическое состояние людей. Выросло число невротических, тревожных, панических расстройств, расстройств адаптации, депрессивных реакций, посттравматических стрессовых расстройств и т.д.

Итальянские врачи провели исследования, показавшие, что различные психиатрические симптомы с высокой частотой встречаются после коронавируса. Примерно 56% пациентов, перенесших коронавирус, имеет как минимум одно психическое расстройство. Авторами продемонстрировано, что у людей отмечаются следующие расстройства: обсессивно-компульсивное расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство, депрессия, тревога, бессонница. Примечательно, что постковидной депрессии в большей мере подвержены женщины. Проведенное группой ученых из Великобритании исследование показало, что часть пациентов с COVID-19 в острой фазе заболевания может испытывать делирий (помутнение сознания).

По словам исследователей, проблемы с психикой у переболевших COVID-19 могут быть связаны с воспалительным процессом, который напрямую влияет на нейромедиаторы в головном мозге, отвечающие за мотивацию, беспокойство и возбуждение. Причиной возникновения психических расстройств также может стать иммунная реакция организма. Цитокины (иммунные клетки) усиливают работу гормональной системы, а также интерферона- α (выделяемый на вторжение вируса белок), в итоге снижается выработка аминокислоты триптофана – предшественника гормона серотонина, который зачастую и является причиной депрессии и тревожных состояний, нарушений сна и т.д.

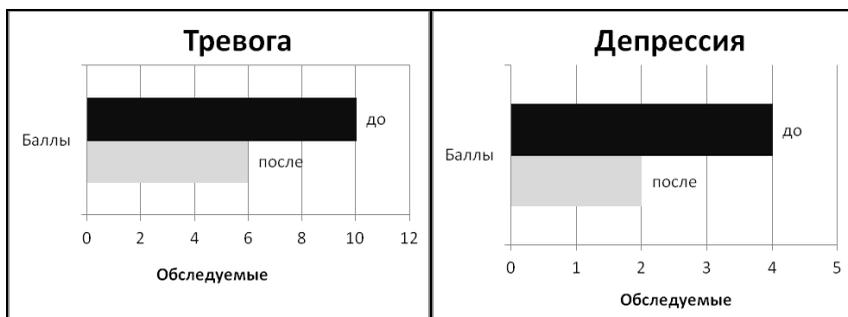
Ученые не исключают психологические факторы, в том числе травмирующие воспоминания о пережитом заболевании, об утрате близких, жестких условиях социальной изоляции, о страхе повторного инфицирования, возможности потерять работу, изменении обычного стереотипа жизни и т.д. Проблемы с психическим здоровьем у переболевших COVID-19 имеют длительное течение и могут проявляться не сразу, а в течение полугода после травмирующего психику события.

Постковидный синдром – это психическое расстройство, представляющее собой реакцию на пандемию COVID-19, которое предположительно затронет до 10% пострадавшего населения. Опасность данного синдрома состоит в возможном изменении личности, в удлинении стрессовой реакции, невротизации и психопатизации личности, а также в вероятности перехода невротического расстройства в органическое. Всё это будет снижать работоспособность населения именно тогда, когда она будет крайне важна для восстановления экономического потенциала страны. Следовательно, вопрос своевременной профилактики постковидного синдрома приобретает всё большую актуальность.

Иммунопрофилактика и иммунизация через 6 месяцев после перенесенной болезни приводит к формированию иммунитета и снижению эмоциональной напряженности населения, возникновению психологического ощущения «защищенности».

Врачи-психиатры проводят лечение психических расстройств, возникающих после перенесенного коронавируса, имеющих выраженную степень тяжести. В данном случае используется фармакотерапия, направленная на купирование актуальной симптоматики и иных психических отклонений в зависимости от тяжести этих проявлений. Учитывая психологический барьер предвзятого отношения к учреждениям психиатрического профиля, большинство людей с проявлениями постковидного синдрома обращаются за помощью в общесоматическую сеть к медицинскому психологу и врачу-психотерапевту.

В течение ограничительных мероприятий, действующих на территории Кузбасса, в ГБУЗ ППБ было зарегистрировано 14 обращений к врачу-психотерапевту пациентов, перенесших COVID-19, имеющих психические нарушения постковидного синдрома. Наиболее частыми были жалобы на тревожность, внутреннее напряжение, страх потери и смерти, нарушения настроения и сна, астению, апатию, изменение обычного стереотипа жизни и т.д. В отношении данных пациентов было проведено диагностическое исследование по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS). В результате исследования у 10 пациентов выявлена субклинически выраженная тревога (8-10 баллов), у 4 пациентов – субклинически выраженная депрессия (8-10 баллов).



Все пациенты прошли психотерапевтические сессии, включающие 10 индивидуальных занятий. Использовались следующие методики психотерапии: когнитивно-поведенческая, интерперсональная, лично-ориентированная. Наиболее эффективной показала себя когнитивно-поведенческая терапия с нарративным и экспозиционным подходами. Первый позволяет отделить себя от травмы и выработать альтернативный взгляд на стрессовое событие; второй – преодолеть страхи, тревожность, неправильное поведение с помощью прямой встречи с пугающим событием. В целом данный вид терапии направлен на принятие пандемии COVID-19 и её последствий как данность, десенсибилизацию и переработку психотравмы и постепенное уменьшение чувствительности к тревожному событию, формирование перспектив будущего, новых позитивных паттернов поведения, восстановление социальной активности и работоспособности, улучшение психического и физического качества жизни. В некоторых случаях лечение совмещалось с фармакотерапией тревоги и депрессии.

После психотерапевтических сессий была проведена повторная диагностика с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Снижение уровня тревожности обнаружено у 6 человек (0-7 баллов, что соответствует отсутствию или снижению достоверно выраженных симптомов тревожности); у 2 человек произошло снижение достоверно выраженных симптомов депрессии (0-7 баллов).

Таким образом, проведенное исследование показывает актуальность и достаточную эффективность психотерапевтической помощи в лечении пациентов с проявлениями постковидного синдрома.

Агрессивные нарушения, обусловленные депрессивным состоянием у детей и подростков

Долотина Л.А., Кушнарера О.М., Кияниченко Ю.И.

**Кузбасская клиническая психиатрическая больница,
Кемерово**

Проблема агрессивности остается актуальной как в социальном, так и в медицинском аспекте. Выделяя частоту проявлений агрессии у детей, многие исследователи подчеркивают их связь с депрессией, которая может развиваться вследствие биологических причин, сложных межличностных отношений с раннего детского возраста. Эмоциональное нарушение формируется под воздействием совокупности факторов, часть из них кратко приводится далее.

Стиль воспитания. Причиной детской депрессии нередко становятся отношение родителей: применение насилия, гиперконтроль, гиперопека, равнодушие, недостаточная заинтересованность жизнью ребенка. В результате у ребенка повышается уровень невротизации, проявляющийся депрессивным состоянием.

Социальные отношения. Усложняющиеся межличностные контакты с компонентом неприязни становятся источником стресса. Отвержение сверстников, требование подчиняться указаниям педагогов негативно отражаются на эмоциональном состоянии дошкольника и школьника.

Генетический фактор и органическая церебральная дисфункция. Агрессивность в детском возрасте связана с наследственными и церебрально-органическими факторами (повреждение клеток мозга при внутриутробной гипоксии плода, внутриутробные инфекции, родовая асфиксия, энцефалопатия новорожденных, перенесенные тяжелые за-

болевания, нейроинфекции). Вместе с тем до настоящего времени не установлены корреляции между особенностями депрессии и проявлениями агрессивности в различных возрастных группах.

Учитывая некоторую неопределенность в оценке роли биологических и социальных факторов, **целью** проведенного исследования являлось изучение клинических проявлений агрессии при депрессии невротического уровня у детей и подростков.

Материалы и методы. Основным методом исследования был клинико-психопатологический, дополнительно использовали клинико-анамнестический, клинико-психологический и статистический методы. Проведено обследование 97 детей в возрасте от 4 до 17 лет, которые наблюдаются в детско-подростковом диспансере ККПБ.

Результаты. В группу исследования вошло 97 детей, из них мальчиков – 57 человек (58%), девочек – 40 человек (42%), что составило соотношение 1,4:1. В зависимости от степени проявления агрессии в исследовательской выборке детей нами было выделено 2 группы: условная агрессия (63 – 65%), собственно агрессия (34 – 35%).

Первая группа (условная агрессия) подразделяется на 3 подгруппы.

Наиболее слабые агрессивные проявления. В данной группе (n=22) доля мальчиков и девочек была примерно одинаковой (n=12 и n=10), все дети были дошкольного и младшего школьного возрастов. В этой группе депрессивные состояния в основном были связаны с церебрально-органическими и психосоциальными факторами. Психоэмоциональное состояние детей характеризовалось обидчивостью, недовольством, капризностью, раздражительностью. Чаще всего данная симптоматика формировалась типом воспитания в условиях наказания и запретов со стороны родителей, ответные реакции со стороны детей носили обычно защитный характер.

Более выраженные проявления агрессивности при незначительном провоцировании. В данной группе (n=27) мальчиков было больше, чем девочек (19 против 8), это были дети младшего и среднего школьного возрастов. В этой группе основную роль в формировании депрессивных состояний играли церебрально-органические и психосоциальные факторы. Клиническая картина депрессивных нарушений проявлялась в виде негативизма, возбудимости, раздражительности, конфликтности по малейшему поводу, перераставшей в дисгармонию межличностных отношений, неспособности коррекции своего поведения при постоянных уговорах, необъективных, а иногда надуманных жалоб на других детей с просьбами их наказать, стремления спровоцировать ссоры, конфликты между детьми.

Более выраженные проявления агрессивности, связанные с психотравмирующими воздействиями в прошлом. В данной группе (n=14), напротив, выявлено преобладание девочек по сравнению с мальчиками (8 против 6), все были лица среднего школьного возраста. В этой группе более выраженное агрессивное поведение было направлено на окружающих детей и взрослых (родителей, учителей) как на психическом – вербальном (угрозы в высказываниях), так и в физическом (разрушение предметов, драки) уровнях. Обычно агрессивность у детей этой группы не имела связи с различными ситуациями, представляющими реальную угрозу больному в настоящем, а была проявлением стремления отомстить за прошлые обиды, что отчасти являлось формой защиты в отстаивании своих интересов.

Вторая группа (собственно агрессия) подразделяется, так же как и первая, на 3 подгруппы.

Агрессивное поведение при отсутствии провоцирующих моментов, т.е. не являющееся защитной формой поведения. В данной группе (n=14) мальчики встречались в преобладающем большинстве (12 против 2), это были учащиеся старшего школьного возраста. Клинические проявления в большей части случаев отличались неадекватной и некритичной психической направленностью: недовольство, злость, враждебное отношение к окружению, приставание к другим детям; попытки тиранить их, настроенность на конфликт, стремление навредить, обидеть, физически они реализовывали агрессивность, направленную на сверстников и младших детей, а также близких родственников, чаще мать или прародителей, реже на предметы обстановки.

Аутоагрессивное поведение с элементами аутодеструкции. Включает нанесение психического (нарушения психологического здоровья, суицидальные высказывания) или физического (попытки ударить себя, как правило, при неудовлетворении выдвигаемых требований, реже на фоне ажитации, расцарапывание кожных покровов до крови, повреждение рук) вреда. В данной группе (n=14) мальчиков было больше, чем девочек (8 против 5 человек), все относились к категории лиц подросткового возраста. Аутоагрессивное поведение с саморазрушающими тенденциями (суицидальная попытка) отмечалось в единичном случае (девочка 16 лет).

Депрессия невротического уровня как самостоятельное заболевание преобладает в первой группе больных (65,1%), во второй группе депрессивные расстройства чаще (52,6%) отмечаются в виде синдрома в структуре различных психических заболеваний. Клинически более выраженная депрессия несколько чаще (15,8%) отмечалась во второй

группе больных, чем в первой (13,6%), так же как скрытая (3,5% и 1,8% соответственно) в числе слабовыраженной депрессии. Достоверно чаще в первой группе больных преобладала астеническая депрессия – 40,8% (во второй группе – 15,8%), примерно с такой же частотой выявлялась тревожно-тоскливая депрессия – 8,9% (во второй группе – 8,8%). Во второй группе с более высокой частотой по сравнению с первой группой встречалась депрессия астеническая – 42,1% (против 22,5%), тоскливая – 5,3% (против 1,8%) и тревожная – 28,1% (против 26,0%). У больных первой группы первое место занимала психогенная депрессия (76,3%), второе место – соматогенная (23,7%). В то время как во второй группе преобладала соматогенная депрессия (50,8%) по сравнению с психогенной (40,4%) и эндогенной (8,8%) формами депрессии. Лечение антидепрессантами, проводимое с учетом особенности аффективной патологии, обеспечивало устойчивое достижение положительного эффекта, включающего снижение степени выраженности депрессивной симптоматики, а в большинстве случаев даже полное купирование как депрессивных, так и агрессивных проявлений.

Таким образом, проведенное обследование 97 детей в возрасте от 4 до 17 лет позволило выявить гендерные различия. Так, агрессивные нарушения при депрессивных расстройствах встречаются чаще у мальчиков, чем у девочек. Депрессия невротического уровня у детей и подростков в большинстве наблюдений (65%) характеризуется слабой выраженностью (условно-агрессивное поведение), а в трети наблюдений (35%) имеет выраженный характер (собственно агрессивное поведение). Роль депрессии в генезе агрессивности у детей и подростков подтверждается не только частым их сочетанием, но и эффективностью при правильном подборе антидепрессивной терапии в снижении (устранении) проявлений агрессии, что значительно повышает качество жизни и способствует позитивным изменениям в эмоционально-личностной сфере школьников.

Список использованной литературы

1. Шевченко Ю.С. Детская и подростковая психиатрия : Клинические лекции для профессионалов. 2-е изд., испр. и доп. М. : Медицинское информационное агентство, 2017. 1124 с.
2. Макаров И.В. Лекции по детской психиатрии. СПб. : Изд-во Речь, 2007. 292 с.
3. Личко А.Е. Подростковая психиатрия: Руководство для врачей. Изд. 2-е, доп. и перераб. Л.: Медицина, 1985. 416 с.
4. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М. : Медгиз, 1959.

Особенности течения и принципы медикаментозного лечения биполярного аффективного расстройства у населения, проживающего в зоне локального военного конфликта

**Евтушенко Е.И., Титиевский С.В., Токарева А.С.,
Панченко Д.Р.**

**Городская психиатрическая больница № 1, Донецк
Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького, Донецк**

В течение последних 7 лет на территории Донбасса ведутся боевые действия. Сложная и нестабильная политическая ситуация в регионе провоцирует финансово-экономические проблемы, которые ухудшают и без того невысокий уровень жизни. Те немногие жители, кто остался на своих местах, длительное время пребывают в состоянии хронического военного стресса. Высокий уровень физической и психической напряженности в обстановке непрекращающейся стрессовой ситуации обуславливает развитие психосоматических заболеваний, расстройств психики и поведения.

В нашей психиатрической практике имеются многочисленные наблюдения значительного ухудшения психического состояния в результате психической дезадаптации у жителей Донбасса, проживающих в районе болевых действий. Клинические наблюдения позволили проанализировать особенности течения и медикаментозного лечения депрессивной и маниакальных фаз биполярного аффективного расстройства.

Цель исследования. Выявить особенности течения и определить принципы медикаментозного лечения биполярного аффективного расстройства у населения, проживающего в условиях хронического военного стресса.

Материал и методы. Наблюдения проводились в допандемический период времени, в течение трёх лет – с 2017 г. по 2019 г. В исследовании приняло участие 116 пациентов с подтверждённым (по МКБ-10) диагнозом биполярного аффективного расстройства как с депрессивной, так и маниакальными фазами. Все пациенты наблюдались в условиях стационарных отделений и поликлинических подразделений Городской психиатрической больницы № 1 г. Донецка.

Все пациенты на момент принятия под наблюдение были старше 18 лет и дали осознанное письменное согласие на участие в данном исследовании. Любой пациент на любом этапе исследования имел возможность покинуть исследование без объяснения причины. Пациенты с униполярной депрессией в исследовании участия не принимали. Пациенты с маниакальными состояниями в рамках шизоаффективного расстройства в данном исследовании не участвовали.

По гендерному признаку получено следующее разделение: женщин – 72 (62%), мужчин – 44 (38%). По возрасту все пациенты распределились следующим образом: от 18 до 30 лет – 42 человека (36,2%), от 30 до 45 лет – 46 (39,6%), от 45 до 65 лет – 21 (18,1%), старше 65 лет – 7 (6,1%). По социальному статусу участники исследования были распределены в 4 группы: работающие, неинвалиды – 10 человек (8,6%), работающие, инвалиды по психическому заболеванию – 8 (6,9%), неработающие, неинвалиды – 8 (6,9%); самую многочисленную группу составили неработающие, инвалиды по психическому заболеванию – 90 пациентов (77,6%).

Все пациенты регулярно осматривались лечащим врачом-психиатром и клиническим медицинским психологом. Все участники исследования получали лечение, согласно действующим клиническим протоколам, препаратами с тимостабилизирующим действием (соли вальпроевой кислоты, соли лития), с седативным действием (атипичные и классические антипсихотики оланзапин, амисульприд, кветиапин, клозапин, клопиксол, галоперидол) при маниакальных и гипоманиакальных состояниях. При депрессивных состояниях пациенты получали антидепрессанты (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина).

Результаты и обсуждение. При депрессивных фазах заболевания клинические проявления депрессии носили более выраженный характер, чаще отмечалось наличие суицидальных мыслей и тенденций, подавленность настроения была более глубокой, длительно удерживались в клинической картине апатия, ангедония, плохой ночной сон. При этом назначаемые антидепрессанты начинали действовать позже обычного, что требовало увеличения среднесуточных терапевтических дозировок на 50% и более. При маниакальных проявлениях заболевания более длительно сохранялось агрессивное поведение, носили более стойкий характер нарушения сна и бредовые идеи. С целью купирования этих состояний часто использовались высокие среднесуточные дозировки седативных антипсихотиков.

Зачастую в схему лечения дополнительно подключались два препарата с сильным общим антипсихотическим действием. Обращала на себя внимание более частая смена фаз. Базовыми препаратами, используемыми на протяжении всего курса как при активной терапии, так и на поддерживающем этапе лечения, вне зависимости от фаз заболевания, были тимостабилизаторы (соли вальпроевой кислоты, соли лития) в высоких среднесуточных терапевтических дозировках.

Выводы. Выявлены следующие особенности течения биполярного аффективного расстройства среди представителей населения, проживающего в условиях хронического военного стресса: более глубокие проявления депрессивной симптоматики, эти проявления носят более затяжной характер. Основные принципы медикаментозного лечения пациентов с БАР включают назначение более высоких доз антидепрессантов. Так как маниакальная симптоматика носит более выраженный характер, для купирования необходимо назначение высоких терапевтических дозировок одного, а зачастую двух сильных антипсихотиков с выраженным седативным и общим антипсихотическим действием. Инверсия фазы отмечается чаще, что требует обязательного постоянного применения на активном и поддерживающем этапах медикаментозного лечения, причем вне зависимости от фаз заболевания, тимостабилизирующих препаратов в высоких среднесуточных терапевтических дозировках.

Психопрофилактическая направленность наркологических медицинских осмотров в условиях изменения законодательства

**Зорохович И.И., Кирина Ю.Ю., Лопатин А.А.,
Садартдинов С.Ф., Селедцов А.М.**

**Кузбасский клинический наркологический диспансер,
Кемерово
Кемеровский государственный медицинский университет,
Кемерово**

На сегодняшний день здоровье населения страны – приоритетная задача для Правительства Российской Федерации. Особое внимание уделяется проблеме злоупотребления алкоголем и употребления наркотических средств, психотропных и других токсических веществ.

Пациенты, страдающие наркологическими заболеваниями, представляют опасность не только для себя, но и близкого окружения. Граждане, находящиеся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения на работах с опасными условиями и производственными факторами, в том числе в условиях, допускающих применение оружия, могут стать причиной возникновения аварийных, опасных для жизни ситуаций. С учетом перечисленных определенных категории граждан обязаны проходить медицинский наркологический осмотр (освидетельствование). Объем необходимых исследований и периодичность медицинского наркологического осмотра (освидетельствования) регламентируются нормативными правовыми актами РФ.

За последние несколько лет произошли глобальные изменения в законодательстве в части проведения медицинских осмотров (освидетельствований) отдельных категорий граждан. В частности определен Порядок ряда наркологических осмотров (освидетельствований):

- обследование врачом психиатром-наркологом водителей (кандидатов в водители) транспортных средств (приказ Минздрава РФ от 15.06.2015 № 344н «О проведении обязательного медицинского освидетельствования водителей транспортных средств (кандидатов) в водители транспортных средств»);

- обследование врачом психиатром-наркологом на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием (приказ Минздрава РФ от 30.06.2016 № 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»);

- обследование врачом психиатром-наркологом с химико-токсикологическим исследованием для прохождения военно-врачебной комиссии (Постановление Правительства РФ от 04.07.2013 № 565 «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе»);

- обследование врачом психиатром-наркологом работников, которые в соответствии со своими трудовыми обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, внесенным в список I и таблицу I списка IV перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в РФ, прекурсорам или культивируемым наркосодержащим растениям (приказ Минздрава РФ от 22.12.2016 № 988н «О порядке выдачи справки об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими трудовыми обязанностями должны иметь доступ к наркотиче-

ским средствам, психотропным веществам, внесенным в список I и таблицу I списка IV перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в РФ, прекурсорам или культивируемым наркосодержащим растениям, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом»);

- обследование врачом психиатром-наркологом работников ведомственной охраны (Приказ Минздрава РФ от 30.04.2019 № 266н «Об утверждении порядка прохождения работниками ведомственной охраны ежегодного медицинского осмотра, предусмотренного ст. 6 Федерального закона от 14.04.1999 № 77-ФЗ «О ведомственной охране», включающего в себя химико-токсикологические исследования наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов, и формы заключения, выдаваемого по его результатам);

- обследование врачом психиатром-наркологом работников транспортной безопасности (приказ Минздрава РФ от 29.01.2016 № 39н «Об утверждении порядка прохождения работниками подразделений транспортной безопасности ежегодного медицинского осмотра, предусмотренного ст. 12.3 Федерального закона от 09.02.2007 № 16-ФЗ «О транспортной безопасности», включающего в себя химико-токсикологические исследования наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов, и формы заключения, выдаваемого по его результатам);

- обследование врачом психиатром-наркологом на наличие медицинских противопоказаний к исполнению обязанностей частного охранника (приказ Минздрава РФ от 26.11.2020 № 1252н «Об утверждении Порядка медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к исполнению обязанностей частного охранника, включающего в себя химико-токсикологические исследования наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов, формы медицинского заключения об отсутствии медицинских противопоказаний к исполнению обязанностей частного охранника, формы журнала регистрации выданных медицинских заключений об отсутствии медицинских противопоказаний к исполнению обязанностей частного охранника) (вступил в силу с 01.01.2021);

- обследование врачом психиатром-наркологом с проведением химико-токсикологических исследований работников на железнодорожном транспорте (Приказ Министерства транспорта РФ от 19.10.2020 № 428 «Об утверждении порядка проведения обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических (в течение трудовой деятельности) медицинских осмотров на железнодорожном транспорте) (вступил в силу с 01.01.2021) и т.д.

Тем не менее до сих пор возникают вопросы по объему проводимых обследований (исследований) в каждом конкретном случае. Из-за отсутствия единого структурированного подхода к процедуре медицинского наркологического осмотра (освидетельствования) возникает много недоразумений и жалоб от граждан.

Стоит обратить внимание, что объем исследований разный. Существенно отличаются количество и виды наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов, с целью обнаружения которых проводятся химико-токсикологические исследования. Так, например, при оформлении разрешения на оружие проводится исследование на 10 веществ, а при оформлении лицензии частного охранника – на 1 вещество (фенциклидин) больше. При прохождении военно-врачебной комиссии – на 7 веществ, а при прохождении осмотра сотрудников ведомственной охраны и (или) транспортной безопасности – на 8 веществ, причем по набору реагентов они не идентичны.

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

Эффективность применения антиконвульсантов при лечении лиц с органическими психическими расстройствами

Иванчикова А.Б.

**Кузбасская клиническая психиатрическая больница,
Кемерово**

Актуальность исследования. Психические расстройства органической этиологии широко распространены в психиатрической и соматической сети, имеют тенденцию к затяжному прогрессивному течению, частым обострениям и рецидивам (Хритинин Д.Ф., 1995; Семке В.Я., 2005; Шереметьева И.И., 2008). В связи с чем возникают значительные трудности в терапии этих расстройств.

Цель исследования: изучить эффективность применения антиконвульсантов в лечении пациентов с органическими психическими расстройствами.

Материалы и методы. Методом сплошной выборки изучены истории болезни 111 пациентов в возрасте от 30 до 40 лет, проходивших лечение в общепсихиатрическом мужском отделении. В исследовании применялись архивный, клинико-психопатологический, клинико-динамический и клинико-катамнестический методы.

Нозологическая структура была представлена органическим расстройством личности, органическими аффективными и органическими бредовыми шизофреноподобными расстройствами. Ведущими психопатологическими синдромами были аффективные расстройства, нарушения поведения в виде психопатоподобных расстройств, бредовые расстройства. В исследуемых группах не отмечалось значительных различий по возрасту и нозологии, в каждой группе были пациенты с аффективными расстройствами, нарушениями поведения и бредовыми шизофреноподобными расстройствами. Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от назначенного препарата. Пациенты 1-й группы (n=37, 34,23%) принимали карбамазепин, 2-й группы (n=36, 32,43%) – препараты вальпроевой кислоты; 3-й группы (n=37, 33,33%) – не принимали антиконвульсанты. Кроме антиконвульсантов пациенты всех групп получали нейролептики (галоперидол, рисперидон, трифтазин, хлорпромазин, перициазин) и антидепрессанты (амитриптилин, венлафаксин, пароксетин).

Результаты. Пациенты 1-й группы получали карбамазепин в дозе от 600 до 900 мг в сутки. На фоне лечения аффективных расстройств нормотимический эффект отмечался у 12 пациентов (32,43%). Снижение агрессивности и импульсивности, купирование и предупреждение дисфорических реакций при нарушениях поведения выявлено у 17 пациентов (45,94%). При бредовых расстройствах снижение напряженности и редукция бредовых расстройств обнаружены у 8 пациентов (21,62%). Повторность поступления в стационар в течение года у пациентов этой группы составила 2,7%. При применении карбамазепина частыми побочными явлениями были сухость во рту (n=17, 45,94%), сонливость и вялость (n=11, 29,72%), реже встречались головокружение (n=6, 16%) и нечеткость зрения (n=7, 18,91%).

Пациенты 2-й группы получали вальпроевую кислоту в дозе 900-1200 мг. На фоне лечения отмечались такие же эффекты, как и у пациентов 1-й группы: нормотимический (n=1, 41,66%), коррекция поведенческих расстройств в виде снижения агрессивности, импульсивности, негативизма и купирования дисфорических проявлений (n=14, 38,8%), редукция бредовых расстройств (n=7, 19,44%). Повторность поступления в стационар в этой группе была выше, чем во 1-й группе,

и составила 5,5%. Побочные явления отмечались лишь в виде вялости и сонливости (n=1, 30, 55%).

В 3-й группе, где пациенты не получали антиконвульсанты, на фоне приема нейролептиков и антидепрессантов отмечались редукция бредовых расстройств (n=8, 21,62%), купирование аффективных расстройств (n=16, 43,24%), снижение выраженности поведенческих расстройств (n=13, 35,13%). Вместе с тем у пациентов с поведенческими расстройствами сохранялся дистимический и дисфорический фон (n=11, 29,72%). Улучшение психического состояния в этой группе пациентов происходило более длительно, чем в 1-й и 2-й группах. Повторность поступлений была самой высокой в трёх сравниваемых группах (13,5%).

Выводы. Антиконвульсанты значительно улучшают течение органических психических расстройств, особенно в фармакорезистентных случаях, а также стабилизируют настроение и снижают уровень импульсивной агрессии. При применении вальпроевой кислоты отмечалась лучшая переносимость, чем при применении карбамазепина. Без применения антиконвульсантов сроки лечения были более продолжительными, сохранялись фоновые дисфорические и дистимические расстройства, увеличивалась повторность госпитализаций в течение года.

Клинические особенности расстройств адаптации у пациентов с сопутствующей патологией щитовидной железы

Карауш И.С., Дашиева Б.А., Никитина В.Б.

НИИ психического здоровья ТНИМЦ, Томск

К основным симптомам расстройств адаптации (F43.2) относятся фиксация на психотравмирующей ситуации и неспособность адаптироваться, проявляющиеся эмоциональными и/или поведенческими реакциями, возникающими в ответ на идентифицируемый личностью психосоциальный стресс (American Psychiatric Association, 2013; O'Donnell M.L. et al., 2019). Максимальная продолжительность такого невротического расстройства, как правило, не превышает двух лет. Варьирование показателей распространенности данного расстройства имеет широкий разброс показателей от 1 до 2% (Gradus J.L., 2017; Glaesmer H. et al., 2015) до 18-30% (Killikelly C. et al., 2019).

Вероятно, обширный диапазон показателей определяется изучением различных популяций, спецификой выборок и диагностическими подходами. В литературе описано несколько типов течения расстройств адаптации. Помимо благоприятного течения со спонтанным или терапевтическим регрессом психопатологической симптоматики и выздоровлением, выделяют затяжной тип течения, проявляющийся дезадаптационными реакциями от 6 месяцев до 2 лет, либо повторяющимися клишированными реакциями, возникающими после периода относительной нормализации состояния. К факторам, обуславливающим затяжной тип течения расстройств адаптации, можно отнести различные хронические заболевания соматической сферы (Иванова Г.П., Горобец Л.Н., 2009; Куташов В.А и др., 2016).

Цель – изучение клинических особенностей расстройств адаптации у пациентов с патологией щитовидной железы.

Материал исследования. Обследовано 34 пациентки клиник НИИ психического здоровья Томского НИМЦ, средний возраст участниц исследования составил $46,97 \pm 10,65$ года. У 24 больных было диагностировано расстройство адаптации (РА) (F43.2) с нарушением функции щитовидной железы (основная группа), у 15 больных – расстройство адаптации без патологии щитовидной железы (группа сравнения). Группы исследования включали только представителей женского пола, что обусловлено более высокой распространенностью патологии щитовидной железы у женщин (Мозеров С.А., Эркенова Л. Д., 2011).

Около 30% женщин обеих групп регулярно наблюдались эндокринологом (контроль уровня гормонов ТТГ, Т3 и Т4, УЗИ-контроль щитовидной железы), при этом ни одна пациентка не принимала систематически назначенную гормональную терапию. У 46% женщин патология щитовидной железы впервые выявлена в период пребывания в психиатрическом стационаре при проведении ультразвукового обследования. У 24% пациенток субклинический гипотиреоз диагностирован по результатам лабораторных исследований.

Методы исследования: клинический, психологический (определение уровня тревоги по госпитальной шкале тревоги HADS), лабораторный (определение в сыворотке крови концентрации ТТГ и гормонов щитовидной железы Т3 и Т4). Концентрацию ТТГ и гормонов щитовидной железы определяли в сыворотке крови с использованием наборов реактивов ОАО «Вектор-Бест» (Новосибирск, Россия) на автоматическом ИФА-анализаторе Lazurite Dynex Technologies (USA). Результаты исследования обрабатывались с помощью программы Statistica v.8.0. Сравнение качественных признаков проводили с использованием таблиц сопряженности 2×2 по критерию χ^2 Пирсона.

Обсуждение результатов. В анамнезе у всех пациенток из обеих групп выявлялась связь с какими-либо жизненными событиями, которые субъективно переживались как стрессовые и имеющие высокую значимость для личности. Предъявляемые жалобы: утомляемость, слабость, раздражительность, колебания настроения, снижение интеллектуальной работоспособности и внимания. Имеющаяся у большинства пациенток вегетативная симптоматика (сердцебиение, потливость, головокружение, ЖКТ-симптомы) является типичной как для патологии щитовидной железы, так и для психической патологии.

С учетом полиморфности и клинической размытости симптоматики со стороны психической сферы у пациенток основной группы нами были выделены два клинических варианта – тревожно-депрессивный и астенодепрессивный. Фоновым состоянием, на котором происходило развитие симптоматики выделенных вариантов, является специфическая астеня. К числу её проявлений относятся общая заторможенность, снижение социальной адаптации, субъективные признаки снижения интеллекта. Больные отмечают уменьшение объема кратковременной памяти, медлительность протекания мыслительных процессов, застреваемость, трудности при переключении с одного вида деятельности на другой. При этом они часто жалуются на отсутствие сил для выполнения рутинных бытовых действий. Отличительным от аффективной патологии является более выраженная «степень побужденности» мотива, определяемая субъектом. При собственно депрессии в таких случаях речь идет об элементарных действиях по обеспечению витальности (соблюдать режим дня и правильного питания, правила гигиены – умыться, почистить зубы и т. д.), которые пациенту трудно выполнить.

При тревожно-депрессивном варианте самым частым симптомом являлась тревога, в большинстве случаев сопровождающаяся вегетативными проявлениями. Для таких пациентов характерны повышенная фиксация внимания на своих ощущениях, тревожная мнительность, подозрения о наличии неустановленного заболевания, ипохондрическая настроенность. При усилении астенических симптомов чувство тревоги может сменяться периодами апатии, сопровождающейся тоской, изредка дисфорией. Другой клинический вариант – астенодепрессивный, сопровождался эмоциональной лабильностью, сужением диапазона эмоционального реагирования («эмоциональной вялостью»), психической и моторной заторможенностью, плаксивостью, апатией, безынициативностью, отчужденностью от происходящего, у части пациентов – чувством собственной вины.

Общим для выделенных вариантов, помимо астении, были диссомнические нарушения, при которых отмечались патологическая сонливость, нарушения ночного сна, отсутствие чувства отдыха после пробуждения. Также отмечались головные боли и вегетативные симптомы.

В таблице представлен сравнительный анализ частот встречаемости отдельных симптомов у пациентов с расстройством адаптации, разделенных на две группы в зависимости от наличия или отсутствия сопутствующей патологии щитовидной железы.

Т а б л и ц а . Средние частоты встречаемости симптомов в группах (сравнение по коэффициенту χ^2)

Клинический симптом	Группы пациентов				Уровень значимости, p
	основная (n=24)		сравнения (n=15)		
	Абс.	%	Абс.	%	
Головные боли	17	70,8	7	46,7	0,4087
Фиксация на переживаниях	17	70,8	10	66,7	0,9066
Тревожное настроение	17	70,8	10	66,7	0,9066
Напряжение психическое	16	66,7	7	46,7	0,5234
Страх	7	29,2	1	6,7	0,1581
Бессонница	18	75	10	66,7	0,8186
Интеллектуальная непродуктивность	9	37,5	2	13,3	0,2099
Депрессивное настроение	10	41,7	6	40	0,9468
Напряжение мышечное	7	29,2	2	13,3	0,3585
Соматическое недомогание	7	29,2	2	13,3	0,3585
Вегетативные симптомы	15*	62,5	2	13,3	0,0457
Кардиоваскулярные симптомы	13*	54,2	1	6,7	0,0286
Гастроинтестинальные симптомы	4	16,7	2	13,3	0,8094

Пациенты основной группы с сопутствующей патологией щитовидной железы значительно чаще предъявляют кардиоваскулярные и нейровегетативные симптомы. Для них же характерно большее количество предъявляемых симптомов – 7 [5,5; 8] в сравнении с пациентами из группы сравнения, в которой среднее количество симптомов у одного больного составило 4 [3;5] ($p=0,000028$).

Пациенты с РА и патологией щитовидной железы отличаются от пациенток с изолированным расстройством адаптации не только большим количеством сопутствующих соматических симптомов, но и рядом психологических особенностей и гормональных показателей. Так, по данным госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), среднее количество баллов по шкале тревоги HADS составляет у них 8 [8-11] баллов, что значительно выше показателей группы сравнения ($p=0,002249$).

Сравнительный анализ результатов гормонального обследования пациентов выявил значимые различия в концентрации определяемых гормонов – повышение свободного трийодтиронина (Т3, $p=0,006412$) и снижение свободного тироксина (Т4, $p=0,002015$) у лиц с РА и сопутствующей патологией щитовидной железы (Патент (ru) № 2717307, 2020).

Большее количество предъявляемых симптомов пациентами с РА и сопутствующей патологией щитовидной железы, более высокие значения по данным госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) на специфическом фоне определяемых гормонов (трийодтиронина Т3, свободного тироксина Т4) обуславливают один из вариантов клинической динамики, характеризующийся затяжным течением, переходом в хроническую аффективную патологию и/или формированием стойких изменений личности (неблагоприятный тип течения). Прогнозирование такого варианта течения расстройства адаптации у пациентов с патологией щитовидной железы и разработка реабилитационных программ персонализированной терапии позволит своевременно скорректировать его терапию.

Финансирование. Исследование осуществлено в соответствии с бюджетным финансированием в рамках комплексной темы НИР «Комплексное исследование клинико-психопатологических закономерностей и патобиологических механизмов формирования и прогрессивности социально значимых психических и поведенческих расстройств с разработкой инновационных методов ранней диагностики, персонализированных стратегий терапии и профилактики», регистрационный номер АААА-А19-119020690013-20421-2020-0011 и в рамках поисковых научных исследований 0421-2020-0011 – технологии комплексной персонализированной терапии больных с непсихотическими психическими расстройствами, номер госрегистрации АААА-А20-120041690008-9.

Список использованной литературы

1. Иванова Г.П., Горобец Л.Н. Особенности астении у больных хроническим аутоиммунным тиреоидитом. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2009. № 7. С. 9-14.
2. Куташов В.А., Будневский А.В., Ульянова О.В., Припутневич Д.Н. К вопросу о нервно-психических расстройствах у больных гипотиреозом. Саратовский научно-медицинский журнал. 2016. № 12 (3). С. 375–378.
3. Мозеров С.А., Эркенова Л.Д. Влияние соматической патологии на психическое здоровье человека [Электронный ресурс]. Бюллетень медицинских Интернет-конференций. 2011. Т. 1, № 7 (29). С. 29–31. Режим доступа: www.medconfer.com
4. Gradus JL. Prevalence and prognosis of stress disorders: a review of the epidemiologic literature. Clin Epidemiol. 2017 May 3;9:251-260. doi: 10.2147/CLEP.S106250. PMID: 28496365; PMCID: PMC5422316.

5. Killikelly C, Lorenz L, Bauer S, Mahat-Shamir M, Ben-Ezra M, Maercker A. Prolonged grief disorder: Its co-occurrence with adjustment disorder and post-traumatic stress disorder in a bereaved Israeli general-population sample. *J Affect Disord.* 2019 Apr 15;249:307-314. doi: 10.1016/j.jad.2019.02.014. Epub 2019 Feb 6. PMID: 30797123.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)* 5th ed. American Psychiatric Association Publishing, Washington, DC, USA: 2013.
7. O'Donnell ML, Agathos JA, Metcalf O, Gibson K, Lau W. Adjustment Disorder: Current Developments and Future Directions. *Int J Environ Res Public Health.* 2019 Jul 16;16(14):2537. doi: 10.3390/ijerph16142537. PMID: 31315203; PMCID: PMC6678970.
8. Glaesmer H, Romppel M, Brähler E, Hinz A, Maercker A. Adjustment disorder as proposed for ICD-11: Dimensionality and symptom differentiation. *Psychiatry Res.* 2015 Oct 30;229(3):940-8. doi: 10.1016/j.psychres.2015.07.010. Epub 2015 Jul 21. PMID: 26272020.
9. Шифнер Н.А. Расстройства адаптации у студентов (их клиника и динамика): автореф. дис. ... к.м.н. М., 2011. 25 с.
10. Патент (ru) № 2717307 С1. Способ прогнозирования течения расстройства адаптации / Дашиева Б.А., Карауш И.С., Никитина В.Б., Куприянова И.Е., Бохан Н.А. Заявитель и патентообладатель Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» (Томский НИМЦ) (RU). № 2019135336; заявл. 05.11.2019; опубл. 20.03.2020, Бюл. № 8. 11 с. <https://www1.fips.ru/ofpstorage/Doc/IZPM/RUNWC1/000/000/002/717/307/И3-02717307-00001/document.pdf>

Расстройства невротического спектра у лиц, перенесших COVID-19-ассоциированные пневмонии, на территории г. Юрга и Юргинского района

**Кратовский А.Ю.¹, Куренков В.С.²,
Челышев П.Е.², Селедцов А.М.¹**

**¹ Кемеровский государственный медицинский университет,
Кемерово**

² Юргинский психоневрологический диспансер, Юрга

Расстройства невротического спектра относятся к группе болезненных состояний, характеризующихся парциальностью и эгодистонностью по отношению к многообразным клиническим проявлениям, не изменяющих самосознания личности и осознания болезни.

Настоящая группа пограничных состояний исторически связана с концепцией невроза, поэтому традиционный термин «невроз» сохраняется авторами руководства в целях облегчения идентификации расстройств, которые некоторые специалисты традиционно рассматривают в рамках невротических. Невротические расстройства нарушают лишь определенные сферы психической деятельности, не сопровождаются психотическими проявлениями и грубыми нарушениями поведения, но при этом могут существенно влиять на качество жизни [1, с. 576]. В группу неврозов не включают невротические симптомокомплексы, сопутствующие психическим (шизофрения и др.), соматическим и неврологическим заболеваниям [2, с. 650].

Важной целью здравоохранения, в частности психиатрической службы, является профилактика невротических расстройств, оказание качественной лечебно-консультативной помощи в период распространения COVID-19, а также возвращение людей к привычному образу жизни после перенесенной пневмонии, вызванной новой коронавирусной инфекцией.

Исследование проведено в период с июня 2020 г. по февраль 2021 г. Согласно статистическим данным «Юргинского психоневрологического диспансера», основное число госпитализаций связано с жалобами на вялость, потливость, апатию, ощущение «кома в горле», «стеснение в груди», удушье, эмоциональную лабильность, нарушение сна, тревожность, беспокойство. Из 64 человек 37 ранее перенесли ковид-ассоциированные пневмонии. Основные жалобы перенесших ковид-ассоциированные пневмонии при обращении на повышенную тревожность – 21 (57%), нарушение сна – 9 (24%), ощущение «кома в горле» – 4 (11%), «стеснение в груди» – 3 (8%). Необходимо отметить, что в Юрге и Юргинском районе с момента начала пандемии, вызванной COVID-19, наблюдается рост количества обращений за специализированной психиатрической помощью пациентов, перенесших пневмонию, вызванную новой коронавирусной инфекцией.

Цель исследования: выявление взаимосвязи между ковид-ассоциированной пневмонией и расстройствами невротического спектра.

Материалы и методы. Дизайн исследования: ретроспективное. Изучались медицинские карты пациентов, прошедших лечение на базе стационарного отделения Юргинского психоневрологического диспансера в период с 01.06.2020 г. по 28.02.2021 г. Объектом анализа стали 37 пациентов, из них 24 женщины и 13 мужчин. Возраст пациентов варьировал от 23 до 76 лет.

Критерии включения в исследование: пациенты, переболевшие новой коронавирусной инфекцией, обратившиеся за специализированной психиатрической помощью и получившие её в стационарных условиях на базе ГБУЗ ЮПНД.

Результаты и обсуждение. На базе стационарного отделения за 9-месячный период исследования было пролечено 37 пациентов, перенесших ковид-ассоциированную пневмонию. Для каждого пациента была разработана индивидуальная программа лечения и реабилитации, с использованием психофармакологического и психотерапевтического подходов в условиях стационарного отделения. Проведён комплекс индивидуальных лечебных и диагностических мероприятий, назначена психофармакотерапия с использованием препаратов группы трициклических антидепрессантов, антидепрессантов группы СИОЗС, транквилизаторов бензодиазепинового и небензодиазепинового ряда, нейролептиков разных поколений. Помимо того, проведена нейрометаболическая и витаминотерапия, психокоррекционные мероприятия с участием врача-психотерапевта и медицинского психолога [3, с. 329]. Каждый пациент после прохождения стационарного лечения был выписан в удовлетворительном состоянии в амбулаторное звено под наблюдение участкового врача-психиатра.

Выводы. Таким образом, удалось установить отчётливую взаимосвязь между развитием расстройств невротического спектра и перенесённых ковид-ассоциированных пневмоний. Особая роль в тактике ведения данных пациентов отводится психофармакотерапии в краткосрочном и долгосрочном периодах, с использованием следующих групп лекарственных средств: СИОЗС, транквилизаторы небензодиазепинового ряда. Целесообразно повышать степень информированности населения и специалистов амбулаторного звена соматической сети о необходимости обращения за специализированной помощью врача-психиатра при появлении симптомов невротических расстройств.

Список использованной литературы

1. Карвасарский Б.Д. Неврозы: Руководство для врачей. М. : Медицина, 1990. 576 с.
2. Руководство по психиатрии для врачей. В двух томах / А.С. Тиганов, А.В. Снежневский, Д.Д. Орловская и др.; под ред. А.С. Тиганова. М.: Медицина, 2012. Т. 1. 807 с. Т. 2. 896 с.
3. Шацберг А.Ф., ДеБаттиста Ч. Руководство по клинической психофармакологии / под общ. ред. акад. РАН А.Б. Смулевича, проф. С.В. Иванова; пер. с англ. 2-е изд., перераб. и доп. М. : МЕДпресс-информ, 2017. 329 с.

Оказание психологической помощи родственникам погибших шахтеров – работников шахты им. С.Д. Тихова Ленинск-Кузнецкого муниципального округа

**Кулебакина С.Ф., Нохрина Т.Н.,
Ларина И.А., Старостенко С.И.**

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

Обстановка, возникающая при ЧС, приводит к дистрессу на физиологическом и психическом уровнях, что способствует возникновению затяжных состояний тревоги, страха, напряжения и развитию депрессии. Психолого-психиатрическая помощь на начальных этапах людям, пережившим горе, должна оказываться как можно быстрее и непосредственно после стрессового события, это снижает риск возникновения ПТСР.

Задача психолога, врача психотерапевта и психиатра на первом этапе катастрофического события состоит не только в каких-то конкретных действиях, но и просто в присутствии рядом с пострадавшими, помощи в принятии потери близкого, выражении искреннего сочувствия и эмпатийного сопереживания – всё это может помочь родным погибших. Главная цель психологической помощи – это снизить острую эмоциональную реакцию на стресс.

Задачи психологической помощи: купировать острую реакцию на стресс, помочь признать факт потери близкого, сформировать навыки самостоятельного проживания.

Объект исследования: потерявшие близкие родственники погибших шахтеров.

Предмет исследования: острая реакция на стресс.

Методы и методики: наблюдение, беседа, метод релаксации с применением элементов дыхательной гимнастики и арттерапии, когнитивно-поведенческой терапии.

По запросу родственников пострадавших психологическая помощь оказывалась бригадным методом в составе: врач психиатр-психотерапевт и медицинский психолог. Использовался метод краткосрочной терапии, так как было необходимо срочно оказать помощь всем потерпевшим родственникам. Бригада разделилась на несколько групп, для того чтобы помочь одновременно нескольким семьям.

Для снижения эмоционального переживания использовался метод отвлекающей терапии. В первую очередь в работе с родственниками погибших проводили оценку тяжести эмоционального состояния. Если специалист наблюдал острую эмоциональную реакцию, крики, не прекращающиеся слезы, оказывал вербально-телесную поддержку, предлагал выпить стакан воды или горячий чай мелкими глотками, сделать глубокий вдох и медленный выдох через рот. Далее обращался с просьбой к родственникам рассказать о погибшем, вспомнить значимые и важные события из его жизни, так как воспоминания и проговаривание снижают острую реакцию горя. При беседе не рекомендуется задавать вопросы на отвлекающие темы. Необходимо слушать, не перебивать и не пытаться перевести разговор на другую тему. Сохраняя безопасную, доверительную атмосферу, врач поддерживает и укрепляет ресурсы, которыми обладает человек. Врач ждет, когда родственник успокоится и выговорится, помогает восстановить способность справиться с горестными переживаниями. Не во всех случаях такого рода поддержка сразу приносит облегчение, чаще всего требуется медикаментозная помощь, рекомендуется прием седативных средств.

Пример 1. Психологическая работа с девочкой 12 лет. Из анамнеза: родилась слабым ребенком с пороком сердца, перенесла операцию на сердце, наблюдается у невролога. По характеру чувствительная, обидчивая, тяжело переживает утрату родного дяди. Повышен уровень тревожности, не может успокоиться, закатывает истерический плач, кричит. Проведена беседа, подключены артериальная техника и дыхательная гимнастика, обсуждались планы на будущее. Работа велась поэтапно двумя психологами поочередно. Уже через несколько часов состояние улучшилось, стала реже плакать, прекратились истерические крики. Адекватно стала воспринимать потерю любимого дяди. В дальнейшем рекомендованы психокоррекционные занятия.

Пример 2. Работа с родителями погибшего молодого мужчины. В процессе наблюдения за отцом погибшего прослеживались нарастающие ярости и агрессии, высказывание негативных мыслей по отношению к руководству шахты. Он не удерживался долгое время на одном месте, ходил из комнаты в комнату, лицо было урюмное и злое. Работа проводилась методом беседы с приведением примеров о рисках и опасных условиях труда в шахте, взрывоопасных ситуациях в горно-геологическом производстве, где повышение горного давления влечет увеличение выделения горного газа в горные выработки, в значительной степени повышая опасность внезапных выбросов газа. К концу дня удалось снизить острую негативную реакцию у отца погибшего.

У матери на фоне горя проявлялась вегетативная симптоматика: повышение уровня артериального давления, учащение пульса, непрекращающиеся слезы и всхлипывания, тяжесть в груди, боль за грудиной, «онемение» пальцев рук и т.д. Психологическая помощь оказывалась совместно с медикаментозной терапией.

Жена погибшего обратилась с просьбой о помощи психологов не только в работе с ней, но и с семилетней дочерью, которая отрицала смерть отца и негативно относилась к своей матери. Использовался метод когнитивно-поведенческой терапии. У супруги было выражено чувство вины. Обвиняла себя из-за произошедшего незначительного конфликта с мужем, который случился перед его уходом на работу, раскаивалась в том, что не проводила его, отказывалась разговаривать с ним и т.д. Работа проводилась не только с чувством горя, но и с эмоцией вины. В этом случае использовалась методика словесного подкрепления и принятия. Действенным оказалось убеждение, что она не виновата в гибели мужа, что так сложились обстоятельства, что случившийся конфликт не был причиной трагического события, принесшего горе. Были даны советы, что необходимо научиться оставлять чувство горя во вчерашнем дне и жить настоящим, воспитывать ребенка и строить планы на будущее, помнить, что общение с ребенком поможет справиться с эмоциями тоски и горя. С ребенком проводилась длительная работа методами арттерапии, сказкотерапии и дыхательной гимнастики, в дальнейшем посещала занятия у медицинских психологов на аппаратах «БОС-тренинга».

Можно сделать вывод, что оказание психологической помощи помогло снизить острую эмоциональную реакцию на стресс у близких родственников погибших шахтеров. Осознание «деления» горя с другими помогало родственникам погибших сформировать чувство эмпатии друг к другу, сочувствие и поддержка людей, которые столкнулись с той же потерей, помогло найти внутренние ресурсы самостоятельно справляться со своими переживаниями без дальнейшей врачебной помощи. Осознание и принятие факта потери близкого человека способствует пониманию, что дальнейшая жизнь будет продолжаться без этого человека, поэтому необходимо строить планы на самостоятельное проживание в будущем.

Таким образом, оказываемая психолого-психиатрическая помощь на начальных этапах людям, пережившим горе, необходима для снижения риска возникновения негативных последствий и направлена на профилактику развития психогенных нервно-психических нарушений в отдаленном периоде.

Факторная структура десятипунктной шкалы дистресса Кесслера у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами

Кустов Г.В.¹, Зинчук М.С.¹, Герсамия А.Г.¹, Попова С.Б.¹, Рагузин А.С.¹, Галкина И.В.¹, Позз И.Б.¹, Аведисова А.С.^{1, 2}, Гехт А.Б.^{1, 3}

1 ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ, Москва

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

3 ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова МЗ РФ, Москва

Введение. Психические расстройства вносят весомый вклад в глобальное бремя заболеваний (Vos et al., 2016). Для большинства стран характерна недостаточная обращаемость за специализированной помощью лиц с психическими расстройствами, в особенности с непсихотическими формами. В этой связи понимание реальной распространённости психических расстройств, сопряженных с ними прямых и косвенных затрат, а также медицинских и немедицинских исходов достижимо только путём проведения масштабных популяционных исследований. Залогом прогресса в данной области является использование исследователями различных стран идентичных инструментов, облегчающих проведение в дальнейшем сравнительного анализа данных.

В связи с большим количеством участников в таких исследованиях и неодинаковой обеспеченностью различных стран персоналом, владеющим сложными диагностическими инструментами, используемые инструменты должны отвечать следующим требованиям: быть краткими, культурально универсальными и выявлять максимально широкий спектр расстройств. Одним из широко используемых в популяционных исследованиях инструментов является разработанная в 2002 г. Ronald C. Kessler шкала психологического дистресса (Kessler Psychological Distress Scale, K-10), а также её различные сокращённые варианты (Kessler et al., 2003; Uddin et al., 2018). Данный инструмент был создан на основе 18 скрининговых шкал с использованием теории тестовых заданий (Item Response Theory). Испытуемому предлагается оценить соответствие положений шкалы своему состоянию за предшествующий месяц по 5-пунктовой шкале Ликертовского типа, где крайние значения соответствуют вариантам «Всё время» и «Никогда». Большое количество набранных баллов соответствует большому дистрессу.

До настоящего времени не было проведено исследования факторной структуры русскоязычной версии опросника К-10.

Цель исследования. Изучить однофакторную и двухфакторную структуры русскоязычной версии 10-пунктовой шкалы психологического дистресса Кесслера у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами (НППР).

Материалы и методы. В исследование было включено 328 последовательно набранных пациентов с НППР, проходивших лечение в ГБУЗ НПС им. Соловьева ДЗМ в период с июня по август 2020 г. Всем пациентам, заполнившим опросник К-10, было проведено психиатрическое интервью и установлен диагноз по МКБ-10. Пациенты с актуальной психотической симптоматикой или наличием таковой в анамнезе, лица, набравшие менее 24 баллов по шкале MMSE (The Mini-Mental State Examination), а также те, чьё состояние отвечало диагностическим критериям химической или нехимической аддикции, не включались в исследование. Базовые социодемографические данные собирались путём анкетирования опросником, разработанным ad hoc.

Статистическая обработка проводилась в программе SPSS v 26 и Mplus v 7.0. Для оценки факторной структуры одно- и двухфакторной модели использовался эксплораторный факторный анализ (EFA) с обилием вращением. Проверка соответствия данных предложенным моделям проводилась с помощью конфирматорного факторного анализа (CFA). EFA и CFA были проведены с использованием алгоритма WLSMV (метод взвешенных наименьших квадратов с использованием матрицы полихорических корреляций), который позволяет оценивать ординальные переменные. Показателями хорошего соответствия модели считались значения RMSEA, не превышающие 0,05, а также значения CFI и TLI не ниже 0,95, показателями приемлемого соответствия – значения RMSEA ниже 0,08 и CFI и TLI не ниже 0,90.

Результаты и обсуждение. Средний возраст респондентов составил 54,42 (16,73) года, из них 264 (80,5%) были женщинами. Большинство пациентов состояли в браке (119 – 36,3%) или вдовствовали (78 – 23,8%). Примерно одинаковое число пациентов либо никогда не состояли в браке (66 – 20,1%), либо были разведены на момент обследования (65 – 19,8%). Подавляющее большинство пациентов имели высшее (154 – 47%) или среднее специальное (98 – 29,9%) образование. На момент осмотра более четверти пациентов (87 – 26,5%) были трудоустроены, в то время как большинство (225 – 68,6%) не имели постоянной работы, а остальные 16 (4,9%) проходили обучение в колледже или вузе.

Получено следующее распределение по диагнозам: органические психические расстройства (F06/07) – 154 (47%), униполярные депрессивные расстройства (F32/33) – 49 (14,9%), биполярное расстройство (F31) – 13 (4%), тревожные расстройства (F40/41) – 76 (23,2%) и соматоформные расстройства (F45) – 36 (11,0%).

В результате EFA однофакторной модели было установлено, что все пункты К-10 имели высокую факторную нагрузку, которая варьировала в пределах 0,613-0,922. Полученные в результате CFA индексы соответствия CFI=0,947, TLI=0,932, RMSEA=0,018 (95% CI 0,011-0,024) свидетельствуют о приемлемом соответствии предлагаемой модели эмпирическим данным.

С помощью EFA двухфакторной модели были получены два фактора, соответствующие проявлением тревоги (нервозность, сильная нервозность, взвинченность, беспокойство) и депрессии (усталость, безнадежность, подавленность, сильная подавленность, всё дается с трудом и никчемность). Для соответствующих факторов нагрузки каждого пункта были выше 0,50, кроме пункта усталость, где этот показатель составлял 0,426. Полученные в результате CFA индексы соответствия CFI=0,969, TLI=0,959, RMSEA=0,012 (95% CI 0.009-0.019) свидетельствуют о приемлемом соответствии предлагаемой модели эмпирическим данным.

Выводы. Выделенная в ходе данного исследования двухфакторная структура К-10 свидетельствует о том, что опросник оценивает выраженность общего психологического дистресса путем оценки симптомов тревоги и депрессии. Выявленные в исследовании характеристики опросника К-10 доказывают высокий потенциал его использования в качестве инструмента выявления психологического дистресса. Для решения вопроса о целесообразности его применения необходимо проведение дополнительного исследования психометрических свойств опросника (конвергентная и дивергентная валидность, положительные и отрицательные прогностические значения)

Список использованной литературы

1. GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017 Sep 16;390(10100):1211-1259. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32154-2. Erratum in: *Lancet*. 2017 Oct 28;390(10106):e38. PMID: 28919117; PMCID: PMC5605509.
2. Kessler RC, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Bromet E, Cuitan M, Furu-kawa TA, Gureje O, Hinkov H, Hu CY, Lara C, Lee S, Mneimneh Z, Myer L, Oakley-Browne M, Posada-Villa J, Sagar R, Viana MC, Zaslavsky AM.

Screening for serious mental illness in the general population with the K6 screening scale: results from the WHO World Mental Health (WMH) survey initiative. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2010 Jun;19 Suppl 1(Suppl 1):4-22. doi: 10.1002/mpr.310. Erratum in: *Int J Methods Psychiatr Res.* 2011 Mar;20(1):62. PMID: 20527002; PMCID: PMC3659799.

3. Uddin MN, Islam FMA, Al Mahmud A. Psychometric evaluation of an interview-administered version of the Kessler 10-item questionnaire (K10) for measuring psychological distress in rural Bangladesh. *BMJ Open.* 2018 Jun 30;8(6):e022967. doi: 10.1136/bmjopen-2018-022967. PMID: 29961041; PMCID: PMC6042570.

Эмоциональное выгорание у медицинских работников, участвующих в оказании стационарной помощи психиатрическим больным, в условиях вахты во время пандемии COVID-19

Лаврентьева Т.В., Ларина И.А., Носов А.В., Демина В.Г.

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

Актуальность. Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) – это состояние физического, эмоционального и когнитивного истощения, вызванного длительным пребыванием в эмоционально перегруженных ситуациях, в том числе и в напряжённых условиях труда. СЭВ характеризуется снижением продуктивности в работе, чувством эмоциональной опустошенности, бессонницей, подверженностью соматическим заболеваниям. Гнев, страх и разочарование – наиболее распространённые негативные эмоции на работе. Если с течением времени эти эмоции не находят выражения и накапливаются, может произойти истощение адаптационно-ресурсного потенциала личности специалиста. Таким образом, эмоциональное выгорание значительно влияет на эффективность в профессиональной сфере не только отдельного сотрудника, но и производственного подразделения в целом.

Термин «выгорание» впервые был предложен и введен в 1974 г. Г. Фрейденбергером, который определил выгорание как клинко-психологический синдром, возникающий под воздействием хронического стресса, связанного с выполняемой работой, и включающий прогрессирующее эмоциональное истощение, утрату смысла в деятельности или деморализацию, а также отсутствие профессиональных достижений.

В 1981 г. К. Маслач и С. Джексон высказали идею о том, что выгорание состоит из 3 компонентов: эмоционального истощения, обезличивания (деперсонализации) и снижения (редукции) личных достижений, компетентности.

Пандемия COVID-19 внесла большие изменения в работу психиатрической службы. Оказанием стационарной помощи психиатрических больных занимались, естественно, психиатры и медицинский персонал в условиях вахтового метода. Они постоянно чувствовали на себе груз ответственности за безопасность и здоровье людей. Многочасовой рабочий день, расширившийся круг обязанностей, недостаточно хорошая организация труда на первой вахте, а также необходимость работать в вынужденной разлуке с родными – всё это основательно сказывалось на качестве жизни и оказывало на медицинских работников негативное влияние. Вследствие чего они испытывали беспокойство, тревогу, гнев, иногда возникали даже конфликты между сотрудниками отделений. Но благодаря правильной тактике руководителей врачебного состава и медицинского психолога на последующих вахтах таких проблем стало значительно меньше.

Цель исследования. Предпринята попытка оценить степень эмоционального выгорания у сотрудников ГБУЗ ЛКПБ при оказании помощи психиатрическим больным в условиях вахты во время пандемии COVID-19.

Материал и методы. В апреле 2020 г. в ГБУЗ ЛКПБ была произведена реорганизация отделений в связи с изменением формата работы в условиях пандемии коронавируса. Пациенты поступали по скорой помощи в диагностическое отделение на 14 дней, а затем переводились в женское или мужское отделение. Во всех отделениях были оборудованы шлюзы. Женское отделение и ВДС были переоборудованы под общежитие для проживания медперсонала. Сотрудники были обеспечены полноценным питанием, зонами для отдыха. В связи с высокой загруженностью медицинских работников по время первых вахт изначально было предусмотрено психологическое сопровождение. Работа медицинского психолога была направлена на нормализацию психического состояния сотрудников и пациентов. С сотрудниками было проведено психодиагностическое тестирование с целью определения выраженности эмоционального выгорания, проводились как индивидуальные, так и групповые беседы, психолого-коррекционные занятия. После вахты нуждающиеся сотрудники продолжали занятия по выработке навыков эмоционального реагирования с психологами уже в условиях диспансера.

Методы исследования. Медицинским работникам, участвующим в оказании психиатрической помощи больным, было предложено заполнить опросник профессионального эмоционального выгорания, разработанный К. Маслач, С. Джексон (1986) в русскоязычной адаптации Н.Е. Водопьяновой (2009). Всем участникам опроса предоставлялась возможность получить обратную связь с краткими рекомендациями. Участие в исследовании было конфиденциальным и анонимным.

Опросник включает 3 шкалы: 1) «эмоциональное истощение» (чувство сильной усталости, аффективная лабильность, утрата интереса и позитивных чувств к окружающим, ощущение «пресыщенности» работой, неудовлетворенность жизнью в целом); 2) «деперсонализация» (эмоциональное отстранение и безразличие, формальное выполнение профессиональных обязанностей без личностной включенности и сопереживания, а в отдельных случаях негативизм и профессиональный цинизм); 3) «профессиональная успешность» (степень удовлетворенности медицинского работника собой как личностью и как профессионалом). Первые две шкалы прямые, то есть чем выше показатели, тем выше выгорание, третья шкала – обратная, то есть чем выше показатели, тем меньше выгорание.

Результаты исследования и обсуждение. В обследуемой выборке из 40 сотрудников большинство (91,8%) были женщины и лишь 8,2% мужчины. Получено следующее распределение обследованных сотрудников по возрастным группам: от 19 до 30 лет – 2,7%, 30-40 лет – 24,3%, 41-50 лет – 51,4% , 51-64 года – 21,6%. Распределение обследуемых сотрудников по степени эмоционального выгорания (низкие, средние и высокие значения показателей уровня профессионального выгорания) представлены в таблице.

Т а б л и ц а . Результаты опроса сотрудников ГБУЗ ЛКПБ, оказывающих профессиональную помощь психиатрическим больным в условиях вахты

Шкала опросника профессионального эмоционального выгорания	Уровень профессионального выгорания		
	Низкий	Средний	Высокий
Эмоциональное истощение	16,2%	27,1%	56,7%
Деперсонализация	2,7%	21,7%	75,6%
Профессиональная успешность	8,2%	45,9%	45,9%

Из приведенных в таблице данных следует, что высокая степень эмоционального истощения отмечается более чем у половины сотрудников (56,7%), ощущения своей профессиональной неуспешности испытывали 45,9%. Только 2,7% опрошенных отмечают низкий уровень выгорания по шкале деперсонализации, а 75,6% сотрудников демонстрируют высокий уровень выгорания по данной шкале.

При сравнении трех шкал наиболее высокий уровень выгорания по опроснику профессионального эмоционального выгорания обнаружен по шкале деперсонализации. Деперсонализация выражается в эмоциональном отстранении и безразличии, формальном выполнении профессиональных обязанностей без личной включенности, доброжелательности, сострадания и сопереживания, а в отдельных случаях проявляется полным отсутствием способности к сочувствию, негативизмом и циничным отношением к коллегам и пациентам. Следует отметить, что высокий уровень эмоционального истощения более чем у половины (56,7%) сотрудников свидетельствует о крайнем переутомлении и нежелании работать на фоне психологического и физического истощения. Важным фактором ощущения своей профессиональной успешности опрошенные сотрудники считают поддержку со стороны членов семьи (забота, одобрение и признание важности и трудности работы в условиях пандемии). Таким образом, полученные данные демонстрируют не только психофизические симптомы выгорания в результате негативного стресса, вызванного экстремальным воздействием работы вахтовым методом в условиях пандемии, но и свидетельствуют о необходимости психологического сопровождения медицинских работников на всех этапах работы для снижения эмоциональной напряженности, стабилизации личностного потенциала, сохранения целостности личности, повышения чувства самодостаточности и реализации профессиональной активности.

Выводы. Отмечается влияние различных по значимости факторов на уровень психического неблагополучия медицинских работников в условиях высокой ответственности и напряженного графика работы вахтовым методом, которые приводят к эмоциональному выгоранию. В этих условиях важно проведение мероприятий по психологической разгрузке, снижению уровня стресса, устранению физического и психологического дискомфорта. Приоритетным в этом плане является разъяснение персоналу смысла всех предпринимаемых мер и решений и коллегиального обсуждения, организации работы в контексте плодотворного коммуникативного взаимопонимания и доброжелательности в коллективе. Важным является качество поддержки со стороны близких и коллег, так же как и согласованная организация работы и поддержка со стороны администрации, которая способствует сохранению чувства значимости своей профессии и самоуважения к себе как профессионалу.

Диагностическая оценка депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств

Лаврентьева И.М., Ситенкова К.В.

**Кузбасская клиническая психиатрическая больница,
Кемерово**

Актуальность исследования. По данным зарубежных авторов, высокая частота симптомов депрессии и тревоги характерна для пациентов с соматизированным расстройством (СР) по DSM-III, приводимая в эпидемиологических исследованиях. Большая депрессия и тревога наиболее часто встречаются среди пациентов с медицински необъяснимыми симптомами. У пациентов с множественными соматическими симптомами без подтвержденной органической патологии распространенность в течение жизни симптомов депрессии составляет 50%, панического расстройства – 20%. Более 60% пациентов с полным или субсиндромальным СР отмечают в прошлом наличие психического расстройства – наиболее часто депрессивного или тревожного. В исследованиях показано, что риск рекуррентного депрессивного расстройства и генерализованного тревожного расстройства (ГТР) у пациентов с соматизацией был достоверно выше. При этом 40% пациентов с признаками соматизации отвечали также критериям депрессии или ГТР по МКБ-10. Перекрест симптомов соматизации, депрессии и тревоги служит источником трехфакторной проблемы для исследователей, многими авторами показано взаимодействие между наличием соматизации – с одной стороны, депрессии и тревоги – с другой.

Цель исследования: диагностическая оценка депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств у пациенток психиатрического стационара.

Материалы и методы: методом сплошной выборки проведено исследование медицинской документации пациенток, находившихся на стационарном лечении в общепсихиатрическом женском отделении на 110 коек за 2017-2020 гг. В исследовании применялись клинико-динамический и клинико-катамнестический методы исследования.

Результаты исследования. В работе приведены результаты комплексного исследования 191 пациентки, из них 46 (24,1%) – с диагностированным по МКБ-10 соматизированным расстройством (F45.0), группа СР; 65 (34,0%) – с генерализованным тревожным расстройством (F41.1), группа ГТР; 80 (41,9%) – с депрессивным эпизодом (F32), группа ДЭ.

Из исследования исключались пациентки, попадающие под рубрику F20 (МКБ-10), в том числе с вялотекущей (малопрогредиентной) шизофренией в отечественной интерпретации с синдромом навязчивой (невротической), сверхценной ипохондрии и сенестопатической шизофренией.

Проведена сравнительная статистическая обработка данных по трем группам: СР, ГТР и ДЭ. Среди группы больных с СР и ГТР выявлено наличие депрессивной симптоматики. Проведено сравнительное изучение частоты депрессивной симптоматики в трех клинических группах. При этом выявлено *снижение эмоционального фона*: СР – 35 человек (76%), ГТР – 43 (66%), ДЭ – 60 (75%), *тоскливо-тревожное настроение*: СР – 7 (14%), ГТР – 31 (48%), ДЭ – (47%), *утрата интересов*: СР – 34 (74%), ГТР – 61 (94%), ДЭ – 78 (97%), *повышенная утомляемость*: СР – 65 (100%), ГТР – 65 (100%), ДЭ – 74 (93%), *снижение сосредоточения внимания*: СР – 30 (65%), ГТР – 48 (74%), ДЭ – 54 (68%), *сниженная самооценка*: СР – 20 (44%), ГТР – 27 (42%), ДЭ – 39 (49%), *идеи виновности и уничтожения*: СР – 7 (14%), ГТР – 21 (32%), ДЭ – 22 (28%), *мрачное и пессимистическое видение будущего*: СР – 10 (22%), ГТР – 24 (37%), ДЭ – 33 (41%) *нежелание жить*: СР – (26%), ГТР – 24 (37%), ДЭ – (33%), *нарушение сна*: СР – 42 (91%), ГТР – 60 (92%), ДЭ – 73 (91%), *снижение аппетита*: СР – 30 (65%), ГТР – 55 (85%), ДЭ – 64 (80%),

Заключение. Анализ представленности трех типичных симптомов депрессии по МКБ-10 выявил отсутствие различий по частоте жалоб на сниженное настроение в трех клинических группах (соответственно 76%, 66% и 75%). Наряду с этим, в группе больных ГТР и группе ДЭ отмечена достоверно большая частота жалоб на утрату интересов по сравнению с группой СР. Повышенная утомляемость, как один из типичных симптомов депрессии, встречалась у всех больных (100%) групп СР и ГТР по сравнению с группой ДЭ, где данный показатель также имел высокое значение (93%). Между тремя клиническими группами не обнаружено достоверных различий по частоте таких дополнительных симптомов депрессивного расстройства по МКБ-10, как снижение способности к сосредоточению внимания, сниженная самооценка и чувство уверенности в себе, мысли о нежелании жить (как следствие реакции на тягостное физическое и психическое состояние, без каких-либо идей или действий по самоповреждению), нарушения сна. Подтверждением большей тяжести депрессии в группах ГТР и ДЭ по сравнению с группой СР являются высокие показатели встречаемости идей виновности и самоуничтожения, мрачного и пессимистического видения будущего.

Снижение аппетита достоверно чаще выявлялось у пациентов двух групп (ГТР и ДЭ). В структуре ГТР и ДЭ на материале настоящих наблюдений по сравнению с клиникой СР наиболее характерной была следующая симптоматика: тоскливо-тревожное настроение, ангедония (утрата интересов к близкому окружению, идеи виновности и уничтожения, мрачное и пессимистическое видение будущего, плохой аппетит и снижение веса).

В результате проведенного исследования установлено наличие депрессивной симптоматики у больных с соматизированным расстройством и генерализованным тревожным расстройством.

Список использованной литературы

1. Диков С.Ю. Соматовегетативные расстройства при депрессиях с разным типом ведущего аффекта: автореф. дис. ... к.м.н. М., 2009. 23 с.
2. Бобров А.С. Эндогенная депрессия. Иркутск : РИО ГИУВа, 2001. 384 с.
3. Бобров А.С. Новая технология в оценке структуры депрессивного расстройства. Актуальные проблемы клинической медицины. Иркутск, 2008. С. 94-95.

Внедрение новых методов в деятельность Ленинск-Кузнецкой психиатрической больницы в период пандемии новой коронавирусной инфекции

Ларина И.А.

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

Актуальность. В период пандемии новой коронавирусной инфекции очень важны два момента: организация бесперебойного и рационального функционирования каждого структурного подразделения медицинской организации на всех её этапах и своевременность исполнения приказов, распоряжений и указаний вышестоящих органов здравоохранения.

Цель исследования: анализ реформирования и оптимизации работы структурных подразделений Ленинск-Кузнецкой психиатрической больницы (приемного отделения, диагностического, общеспсихиатрический отделений – мужского и женского, диспансерного отделения), общежитий для сотрудников, работающих в условиях закрытого типа, а также анализ госпитализаций пациентов по нозологии за период работы учреждения в закрытом режиме.

Анализ охватывает 6-месячный период (с 20.04.2020 г. по 19.10.2020 г.) работы сотрудников ЛКПБ в условиях 14-го дневного закрытого режима и после отмены вахт.

Материал исследования: в соответствии со стандартными показателями проанализирована деятельность каждого подразделения в период комплексной реструктуризации ГБУЗ ЛКПБ. Кроме того, проведен сравнительный анализ распределения пациентов в соответствии с клинико-нозологической структурой психиатрической патологии (2020 г. в сравнении с 2019 г.).

На первом этапе реорганизации с целью совершенствования работы в условиях закрытого типа с 20.04.2020 г. мужское отделение № 1 на 60 коек и мужское отделение № 5 с коечным фондом 25 коек были перепрофилированы в диагностическое отделение на 20 коек (с максимальной загрузкой до 25 коек). Женское отделение было сокращено с 50 до 30 коек и переведено в детское отделение (рассчитанное на 15 коек), работа которого была временно приостановлена. В рамках дальнейшего перераспределения на базе женского отделения развернуто общежитие для сотрудников мужского и женского отделений. Дневной стационар реорганизован под общежитие для сотрудников диагностического отделения. В физиокабинетах были размещены сотрудники курьерской службы. В итоге коечный фонд был сведен к минимуму и сокращен на 40 коек: со 150 до 110.

С 20.04.2020 г. создана собственная курьерская служба в составе 20 человек (не задействованных на работах в условиях закрытого типа), прачечная перешла на ежедневный режим работы (за счет направления 2 сотрудников из отделения), на пищеблок также было направлено дополнительно 3 человека (блюда для пациентов и сотрудников, работающих в закрытом режиме готовились отдельно). С 20.04.2020 г. был запрещен свободный доступ на территорию для посторонних лиц. Прием необходимой документации и передач осуществлялся через отдельный вход в приемном отделении, только после обработки поверхностей принимаемого материала дезсредством или УФ-облучением сотрудники приемного отделения выполняют дальнейшее перемещение через курьеров для доставки.

Главным принципом организации работы медицинского персонала приемного отделения являлось соблюдение правил индивидуальной защиты (защитная одежда – костюмы 2-го типа).

Строго соблюдалась профилактика заноса и распространения новой коронавирусной инфекции в отделения: четкий сбор эпидемиологического анамнеза, термометрия, обработка рук пациентов, медицинских

работников кожным антисептиком, экспресс-тестирование пациентов на антитела к коронавирусной инфекции; взятие биологического материала (мазков) на новую коронавирусную инфекцию у медицинского персонала, заступающего на очередную смену (проводилось в изоляторе по графику с нахождением 1 сотрудника смены и 1 сотрудника приемного отделения одновременно); термометрия сотрудников АХЧ, сотрудников пищеблока, работающих с 06.00.

Был отработан маршрут движения и предусмотрено разделение потоков: отдельный вход для пациентов, отдельный – для сотрудников.

Осуществлялся строгий контроль за недопущением пребывания на территории посторонних лиц, приемом документов и передач от родственников.

Определен порядок приема пациента в приемном отделении: все поступающие осматривались в машине скорой помощи (термометрия бесконтактным термометром, сбор эпидемиологического анамнеза). В случае если у обратившегося за помощью температура превышала 37°C или имелись признаки ОРВИ, пациент, не выходя из машины, направлялся на R-графическое исследование органов грудной клетки с целью исключить пневмонию. После исключения патологии поступал в приемное отделение, где на входе выдавалась маска, руки обрабатывались кожным антисептиком, проводилось экспресс-тестирование на определение АТ к новой коронавирусной инфекции, осуществлялся забор мазков из носа и зева на коронавирусную инфекцию и только после этих обязательных мероприятий госпитализировался в диагностическое отделение (изолятор).

Если при осмотре в машине скорой помощи у обратившегося за помощью была зарегистрирована нормальная температура тела и отсутствовали признаки ОРВИ, то осмотр пациента продолжался в приемном отделении, где при входе надевалась маска и проводилась обработка рук кожным антисептиком. При наличии показаний для госпитализации проводилось экспресс-тестирование на определение антител к новой коронавирусной инфекции, оформлялась меддокументация и пациент госпитализировался в диагностическое отделение.

Принципы работы диагностического отделения: работа в защитных костюмах I типа; разделение помещений на зеленую и красную зоны; шлюзовая система; циклическое заполнение палат в течение 2-3 дней; совместное размещение в палате по 2-3 человека; пребывание пациента в отделении в течение 14 дней; кормление и медицинские процедуры только в палатах; режим противоэпидемической безопасности при выходе пациента из палаты.

В общепсихиатрических отделениях соблюдался эпидемиологический режим: на входе были организованы санитарные шлюзы, в которых осуществлялось надевание и снятие средств индивидуальной защиты сотрудниками, консультантами, работниками АХЧ перед прохождением в рабочую зону, обработка поступающей в отделения документации, пакетов с передачами, других поступающих предметов (доставляемые из пищеблока емкости, из прачечной мешки с чистым бельем, медицинские изделия).

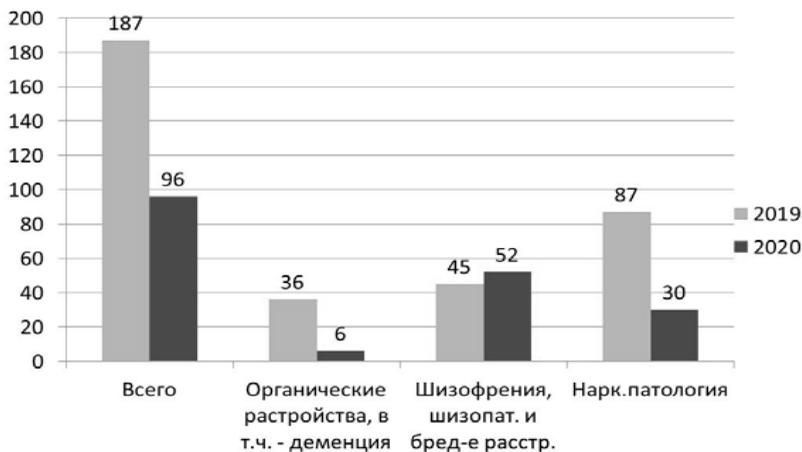
Сотрудников отделений ГБУЗ ЛКПБ в течение 14-го дневной работы в условиях закрытого режима проживали на базе бывшего женского отделения, а сотрудники диагностического отделения – на базе ДС. По возвращении со смены и при выходе на смену вначале сотрудников женского, а затем диагностического отделений сопровождали курьеры с соблюдением социальной дистанции. Так как мужское отделение находилось этажом ниже общежития, сотрудники по окончании смены возвращались через другой выход, не выходя на улицу. Каждое общежитие имело шлюз, где осуществлялась обработка рук антисептиком, через него поступала пища с пищеблока, а также там имелись защитные костюмы и емкости для их обработки в случае посещения общежития сотрудниками АХЧ или другими лицами. Для сотрудников были созданы удобные и комфортабельные условия: спальные места, 3-разовое питание, заменено и приобретено дополнительно санитарно-техническое оборудование, организована стирка спецодежды и личных вещей. Организованы места для активного досуга: беговая дорожка, теннисный стол, телевизоры, настольные игры.

В диспансерном отделении были внесены изменения в штат персонала счет перевода медицинских работников стационара, не занятого на работе в условиях закрытого типа (дополнительно трудоустроено 9 человек: 1 врач, 5 м/с, 2 мл м/с, 1 уборщик). При входе в диспансер был организован пост медработника, осуществляющего термометрию бесконтактным термометром у пациентов и медработников, установлен бесконтактный дозатор с кожным антисептиком для обработки поверхностей рук. Помимо того, на входе также был организован пост сотрудника, осуществляющего прием документации, доставляемой курьером. На первом этаже был размещен изолятор для временного нахождения пациента с повышенной температурой тела. Временно был организован отдельный пункт проведения химико-токсикологических исследований биологических проб при оформлении допуска к оружию с отдельным входом (ранее пункт размещался на базе приемного отделения стационара).

Результаты исследования. По диспансерному отделению количество посещений (по профилю «психиатрия») за 6 месяцев 2020 г. составило 18 165, т.е. план по госзаданию (17 876 посещений) выполнен на 101,6%. В сравнении в 2019 г. полугодовой план был выполнен на 100,4% (план 2 1612, фактически 21 691). С 2020 г. в соответствии с распоряжением Минздрава Кузбасса план посещений сокращен за счет исключения посещений отделения медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях. Посещаемость за период с 20.04.2020 г. по 01.07.2020 г. составила 9 087 чел., план выполнен на 103,3%. В 2019 г. за аналогичный период времени плановый показатель составил 100,3% (план 13 130, фактически 13 168 посещений).

План посещений ДС для взрослых за 6 месяцев 2019 г. выполнен на 74% (план 6 250, фактически 4 623 чел.); за 6 месяцев 2020 г. – на 42,6% (план 6 249, фактически 2 888 чел.); для детей за 6 месяцев 2019 г. выполнен на 64% (план 1250, факт 800); за 6 месяцев 2020 г. выполнен на 40,8% (план 1 250, фактически 510 чел.).

I группа диспансерного учета в 2019 г. составляла 13 чел., в 2020 г. – 36 чел. II группа диспансерного учета (проходившие лечение пациенты в отделении медико-социальной помощи в амбулаторных условиях и ДС) в 2019 г. составляла 23 чел., в 2020 – 79 чел.



Р и с у н о к. Сравнительный анализ госпитализации пациентов по клинико-нозологической структуре психической патологии за период работы в закрытом режиме с 20.04.2020 г. по 19.10.2020 г. и аналогичный период 2019 г.

Заключение. Во время пандемии в диспансерном отделении возросло количество посещений и обращений к психиатру в ГБУЗ ЛКПБ, в то время как численность посещений лиц с проблемами психического здоровья в ДС снизилась. Увеличилась численность I и II групп диспансерного динамического наблюдения, так же как и возросло число госпитализируемых с шизофренией в 2020 г. в сравнении с 2019 г. Доля госпитализаций лиц с наркологической патологией и органическими расстройствами, напротив, снизилась, что связано с обострением шизофрении в условиях новой пандемии. По итогам исследования очерчен круг проблемных вопросов, возникших в период работы в 14-дневном закрытом режиме и после отмены вахт: ведение одного пациента несколькими врачами; проблема перевода пациентов с пневмонией и ОРВИ, подтвержденным COVID-19 в специализированный инфекционный стационар; задерживалась выписка пациентов, так как родственники опасались их забирать, ссылаясь, что пациент может быть носителем коронавирусной инфекции. В диагностическом отделении пациенты с наркологической патологией выписывались ранее 14-дневного пребывания после госпитализации в связи с необходимостью высвободить койки из-за переполненности отделения. Из-за дефицита врачебных кадров на 2 отделения был 1 врач, следовательно, в связи с интенсивностью труда возрастала нагрузка на персонал, отпускное время сдвигалось на более поздние сроки.

Записки оптимиста, или «как быть?»

Ларина И.А., Носов А.В., Волкова Н.Н.

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

Актуальность. В связи с впервые возникшей в мире пандемией новой коронавирусной инфекцией, регистрируемой повсеместно, и переходом медицинских и социальных организаций на закрытый режим работы, а также в результате продолжающейся угрозы дальнейшего распространения инфекции COVID-19 данная проблема остается актуальной по сей день.

Цель: осветить накопленный опыт лечения больных психиатрического и наркологического профилей в период пандемии новой коронавирусной инфекции в условиях закрытого стационара.

Методы исследования: клинический, статистический.

Результаты исследования. Проведен анализ условий труда и быта медицинского персонала в закрытом режиме работы стационара. Проанализировано взаимодействие между медицинскими организациями (субъектами здравоохранения) г. Ленинск-Кузнецкий, что показано на примере отдельных клинических случаев.

С начала пандемии новой коронавирусной инфекции были разработаны предварительные рекомендации по предупреждению её распространения в медицинских организациях Роспотребнадзора (№ 02/847-2020-27 от 25.01.2020). После распоряжения Губернатора Кемеровской области о переходе на закрытый режим работы было проведено экстренное собрание коллектива ГБУЗ ЛКПБ. В течение нескольких часов администрацией принято решение и начаты действия по выделению и оборудованию комнат пребывания персонала и перепрофилированию отделений. Предстояло предоставить, укомплектовать, соорудить дополнительные санузлы, душевые комнаты. Выписка и перевод были максимальными, в стационаре оставались только пациенты, помещенные на принудительное лечение, и пациенты с тяжелыми формами психических расстройств. По показаниям часть пациентов переведена на амбулаторное поддерживающее лечение.

Далее приводятся отдельные клинические случаи, отражающие сложности взаимодействия ЛПУ, трудности и особенности перевода пациентов в другие отделения.

Пациент Т., 73 года. Диагноз: эпилептическая болезнь с редкими приступами. Выраженные изменения личности по эпитипу. Без выраженных нарушений поведения.

Из анамнеза: в поле зрения психиатров с 1977 г., с 1988 г. имеет инвалидность II группы. После смерти родителей проживал один, есть брат, с которым практически не общается. Санитарно-гигиенические требования индивидуальные и содержания места проживания не поддерживал. В доме собирались лица БОМЖ, распивали спиртное, отбирали пенсию, продукты. После крупного пожара госпитализирован в стационар с диагнозом: отравление угарным газом. Помещен в стационар для решения социальных вопросов в связи с утратой места проживания.

Однократно вечером 08.10.2020 t 37,8°C, без признаков ОРВИ, утром 09.10.2020 t 37,6°C. Назначен амоксициллин 0,5 3 р/д № 7, противовирусная терапия по схеме. 09.10.-13.10.2020 лихорадки не отмечалось. Вечером 13.10.20 t 37,8°C и 39,9°C, получал литическую смесь. Снижение t до 37,8°C, сопровождающееся потоотделением. Коррекция лечения.

Жалобы самостоятельно не предъявляет. Речевой дефект. Протестные реакции, сопровождающиеся криком, нецензурной бранью, замахиванием на обращающегося. За собой следит недостаточно. Много лежит. На замечания становится крайне раздражительным. Судорожных приступов в течение месяца

не наблюдалось. Приступы развернутые, сопровождающиеся помутнением сознания, цианозом, спазмом. Во время приступов феназепам 2,0 в/в, в/м. Суточные приступы на фоне подъемов температуры. Постоянно лежит в постели. Встает на прием пищи, в туалет ходит самостоятельно. ЧД 18 в мин. АД 135/90.

Вечером 15.10.2020 состояние ср.ст. тяжести за счет ДН. Свистящие хрипы по всей поверхности грудной клетки. ЧД 26/мин. Самостоятельно с жалобами не обращается. АД 130/90. Пульс 124 в мин. Сатурация 90. Лихорадка 39,9°C. Литическая смесь. Добавлены ингаляции сальбутамола. Через 20 мин количество хрипов значительно уменьшилось. ЧД 26. Сатурация 94. Рентген-контроль на 15.10.2020 (в ГБ № 1): пневмония слева, средостение расширено. Лабораторно ОАК (14.10.2020): СОЭ 42, лейкоцитоз $10,5 \times 10^9$.

16.10.2020 (01.30) состояние тяжелое, t 39,9°C. Литическая смесь. Самостоятельно жалоб не предъявляет. Положение тела вынужденное, ортопноэ. Бледность кожных покровов. Артериальная гипотензия 100/60 мм рт.ст. В/м кордиамин 2,0. В легких дыхание ослаблено по задней поверхности, единичные свистящие хрипы практически над всей поверхностью. Перкуторно над симметричными участками притупление. После ингаляций сальбутамола количество хрипов не снижается. ЧД 29 в мин. Сатурация 83. Острое нарастание ДН на фоне лихорадки t 39,9°C. Резкое снижение сатурации до 83, вызвана бригада СМП. Сатурация в машине СМП (уличный воздух, действие сальбутамола). Заключение реаниматолога: показаний для перевода в реанимацию нет.

17.10.2020. Лечение основное: бензонал 0,1 3 р/д, карбамазепин 0,2 2 р/д, ципрофлоксацин 0,5 2 р/д, цефтриаксон 2,0+физраствор 200,0 в/в кап (утро, вечер), витаминотерапия, ингаляции сальбутамола, ремантадин 100 мг 2 р/сут, аспирин 1 т 4 р/д, парацетамол 1 т 3 р/д, бромгексин 1 таб 3 р/д, аспаркам 1 т 2 р/д. 13,00 t 38,9°C, выполнена литическая смесь.

Решен вопрос о переводе в профильное отделение (терапии), где благополучно пролечился и выписан. В настоящее время проживает в пансионате.

Пациентка С., 42 года. Диагноз: шизофрения параноидная, приступообразный тип течения. Статус субдепрессивный. Выраженный дефект в эмоционально-волевой сфере. Жалобы: на приступообразный кашель, подъемы температуры тела, слабость. 13.09.2020 в вечернее время t 38,4°C, утром t 38,6°C. Лечение ципрофлоксацин 0,5 2 р/д, цефотаксим 2,0+200,0 физраствор в/в кап (утро, вечер). Витамин- и инфузионная терапия. Переносимость лекарств удовлетворительная. 16.09.2020 однократно в обеденное время t до 39,9°C, введена литическая смесь. Утро 17.09.2020 t 37,3°C. Сатурация 92. С 15.09.2020 непродуктивный кашель, в основном в вечернее время. R-графия от 15.09.2020: справа субплеврально в средненижних отделах значительное усиление легочного рисунка. Справа б/о. Консультирована фтизиатром (в анамнезе контакт с больным туберкулезом). Продолжить курс антибиотикотерапии. Анализ на Covid-19 (ПЦР от 14.09.2020 отрицательно). Рентгенконтроль в динамике. Консультация пульмонолога. Ввиду отсутствия положительной динамики переведена в отделение пульмонологии.

Пациент Д., 34 года. Диагноз при поступлении: умственная отсталость умеренная с грубым нарушением поведения. Краткий анамнез: из неблагополучной семьи, отставал в развитии от сверстников, окончил обучение по вспомогательной программе. В 9 лет мать сдала ребенка в дом-интернат. Под наблюдением психиатра с 1995 г., задержка речевого развития. Госпитализирован в стационар с нарушением поведения. Социальные связи утеряны. Ожидает путевки в дом-интернат. Однократно 08.10.2020 t 37,6°C в обед, 37,8°C вечером. Без признаков ОРВИ. Назначен амоксициллин 0,5 3 р/д, № 7. 09.10.2020 подъемов температуры не отмечалось. 10.10.2020 утром t 37,5°C, в течение дня в пределах нормы. Утром 11.10.2020 t 38,5°C, в течение дня t 37,6°C. До 16.10.2020 нормализации температуры тела не отмечается. К вечеру 16.10.2020 эпизодически t до 39,9°C. После литической смеси снижение t до 38,2°C. Самостоятельно предъявляет жалобы на одышку, слабость, головокружение. В течение последних суток состояние ср. ст. тяжести за счет ДН, побледнение кожных покровов, АД 100/70 с тенденцией к гипотензии до 80/60 мм рт.ст. (кордиамин 2,0 в/м), пульс 104 в мин. Сатурация: минимальные значения 90 на фоне лихорадки t 39,9°C, 17.10.2020 сатурация 93. При нарастании одышки, ингаляции сальбутамола. Отмечал улучшение, погружался в сон. Рентген на 15.10.2020: пневмония двухсторонняя полисегментарная. Лабораторно ОАК от 14.10.2020: РОЭ 38, лейкоцитоз $11,0 \times 10^9$. 16.10.2020 ввиду нарастания ДН на фоне лихорадки 39,9°C резкое снижение сатурации до 83. Консультирован терапевтом, лечение скорректировано. Пациент не госпитализирован, вновь доставлен в психиатрический стационар. На 17.10.2020 основное лечение: нулетил 10-0-10 мг, ципрофлоксацин 0,5 2 р/д, цефтриаксон 2,0+физраствор 200,0 в/в кап (утро, вечер), витаминотерапия. Ингаляции сальбутамола при удушье, римантадин 100 мг 2 р/сут, аспирин 1/4 сут, парацетамол 1 т 3 р/д, бромгексин 1 таб 3 р/д, аспаркам 1 т 2 р/д. Переведен в отделение пульмонологии, в последующем выписан в удовлетворительном состоянии, в настоящее время проживает в пансионате.

Медперсоналу необходимо было срочно адаптироваться к новым условиям работы и проживания. Работа психолога в стрессогенной ситуации оказалась важной, проводились занятия в коллективном и индивидуальном форматах, психологическое тестирование для последующей коррекции нестабильных психологических состояний, достижения адекватного реагирования, повышения стрессоустойчивости.

В связи с наличием пациентов с разными стадиями лихорадки в одном отделении и с целью противодействия распространению респираторной инфекции в другое отделение работа врача на два отделения была переведена на дистанционный осмотр и консультацию по видеосвязи в мессенджере ВатсАп (без проведения обходов). Сотрудники с положительным результатом ПЦР-исследования на COVID-19 или ОРВИ подлежали изоляции и обсервации, поэтому явственно ощущался дефицит кадров.

Выводы. Медицинский коллектив ГБУЗ ЛКПБ, совместно пройдя трудности, на основе конструктивного взаимодействия стал сплоченной командой единомышленников. Эффективный опыт работы в режиме 14-дневной вахты может быть использован в летнем графике работы. Отмечена универсальность среднего медперсонала в неблагоприятных условиях повышенного риска инфицирования в плане подхода к лечению психиатрических больных. Взаимодействие с организациями общей лечебной сети было значительно ограничено в момент реальной угрозы заноса новой коронавирусной инфекции в отделение, этим обоснована актуальность и необходимость современных преобразований в сфере здравоохранения и улучшение организации связей медицинских учреждений на всех уровнях – областном, городском и пр.

Самоповреждающее поведение подростков как симптом психического расстройства

Лисовицкая Г.Б., Шилова Е.Ю., Авдюшкина Т.В.

**Кузбасская клиническая психиатрическая больница,
Кемерово**

Проблема самоповреждающего поведения среди подростков и молодежи остро стоит в последние годы в России и за рубежом. В публикациях встречаются указания, что около 3% старших школьников и студентов наносят себе самопорезы (Польская Н.А., 2018). Высокий риск нанесения самоповреждений выявлен в возрастной группе от 13 до 18 лет (Чуева Е.Н., 2017).

Существует множество определений самоповреждающего поведения (СП). По А. Фаваззу, СП – нарушение волевого контроля, синдром, благодаря которому акты самоповреждения становятся повторяющимися ответами на беспокоящие психологические симптомы или события окружающего мира. По мнению Е.Н. Чуевой, под СП понимают ряд действий аутоагрессивного характера, направленных на сознательное нанесение физического ущерба своему телу с небольшой вероятностью летального исхода. В 1938 г. Карл Меннингер в книге «Война с самим собой», разделив СП на 4 категории: невротические, психотические, органические и религиозные, писал о нем, как о попытке самоисцеления, в которой суицидальный импульс направлен на часть тела, а не на все тело: «Локальное саморазрушение является частичным суицидом с целью предотвратить полный суицид».

Самоповреждение не включено в современную международную классификацию болезней и не имеет общепринятого регистра диагностических критериев, чаще его рассматривают как элемент других расстройств. Важно различать суицидальное поведение и самоповреждающее. Смысл самоповреждающего поведения – уменьшение или ликвидация психологического дистресса. Суицид не является целью самоповреждающего поведения.

Среди причин, приводящих к самоповреждающему поведению подростков, выделяют пять основных: эмоциональная дисрегуляция (самоповреждение как средство релаксации, контроля над эмоциями, привлечения внимания), социальные факторы (социальное, семейное неблагополучие, проблемы в школе), отрицание себя, общение в референтной группе, наличие кризисной ситуации, акцентуации характера, склонность к агрессии и аутоагрессии.

Опасность СП состоит в том, что закрепление подобной стратегии поведения для достижения своих целей может стать ступенью для формирования суицидального поведения.

В 2021 г. в детское отделение КГБУЗ ККПБ стали госпитализироваться подростки 15-18 лет, которые ранее проходили лечение во взрослых отделениях. Становится очевидным, что среди этой возрастной группы проблема самоповреждающего поведения стоит довольно остро. Так, только за первый квартал 2021 г. в отделении прошли лечение 145 детей и подростков, среди них 17 подростков с самоповреждающим поведением (11% от всех госпитализируемых в отделения). Нужно отметить, что это лишь надводная часть айсберга, потому что подобное поведение, как правило, скрывается как самими подростками, так и их близкими. Не всегда взрослые относятся серьезно и ответственно к подобным проявлениям и отнюдь не всегда обращаются за помощью к специалистам, особенно в государственные учреждения.

Среди подростков с самоповреждением, получающих помощь в отделении, доля девушек выше, чем юношей (12 против 5). Такое гендерное распределение данной патологии соответствует исследованиям многих авторов, описывающим самоповреждения у подростков от 13 до 17 лет (Алексеева М.В., 2009; Пичиков А.А., 2015; Чуева Е.Н., 2017). Все подростки наносили себе видимые самоповреждения (самопорезы, расцарапывания кожи ногтями). Причём девушки чаще нанесли единичные поверхностные повреждения, тогда как у юношей это были преимущественно более глубокие и множественные повреждения. Две девушки из данной группы принимали лекарственные препараты в небольших дозировках с демонстративно-шантажной целью, хотя такое поведение довольно близко к суицидальному.

Все подростки наносили самоповреждение себе не единожды, например у одного юноши на обеих руках, особенно на левой, с внешней стороны многочисленные глубокие шрамы различной степени давности от кистей до уровня плеча. У 3 подростков в анамнезе выявлены завершённые суициды близких родственников.

При работе с такими пациентами в большинстве случаев выявляется семейное неблагополучие. Зачастую при внешнем благополучии обнаружены различные виды деструктивного воспитания: гиперопека, гипопека, авторитарность, воспитание в условиях повышенной моральной ответственности и эмоционального отвержения. У 13 подростков имели место дополнительные риски социального неблагополучия: воспитание опекунами, проживание в детском доме, неполные семьи по причине развода или смерти одного из родителей, воспитание в деформированных семьях (чаще с отчимом), социально-бытовая и жилищная неустроенность семей с низким материальным уровнем.

В отделении с целью психодиагностики эмоционального состояния подростков помимо непосредственно беседы и клинического наблюдения используются психологические методики: опросник депрессии Бека, опросник детской депрессии (М. Ковач), шкала тревожности Цунга. Особенности структуры личности исследуются с использованием патохарактерологического диагностического опросника (ПДО) А.Е. Личко. Тип акцентуации характера у подростка позволяет предвидеть факторы, способные вызвать декомпенсацию или психогенную реакцию, ведущие к дезадаптации. В большинстве случаев (14 из 17) выявлен средний уровень тревожности и депрессии, а у 3 пациентов – низкий. Среди личностных особенностей лидирующие позиции занимают лабильный и лабильно-сенситивный типы акцентуации характера (n=15), с низкой частотой (n=2) встречается неустойчивый тип акцентуации.

Лечение аутоагрессии в первую очередь направлено на выявление причины патологического поведения. Если самоповреждающее поведение связано с депрессией или повышенной тревожностью, то эффективна лекарственная терапия в виде седативных средств и антидепрессантов. Для нивелирования деструктивно-дезадаптивных проявлений поведения у детей и подростков требуется системный подход – помощь психолога в виде личностной терапии и решение семейных проблем. Обучение детей навыкам критического мышления также способствует уменьшению вредного влияния сверстников и построению связей на доверительной основе. Работа с тревожными, депрессивными и поведенческими расстройствами у детей и подростков осуществляется методом когнитивно-поведенческой терапии и арттерапии.

Обследованные подростки осознают социальную неодобряемость самоповреждений – это отрицательное явление в нашем обществе, поэтому длительное время скрывают шрамы и рубцы на теле под одеждой. В то же время в силу юношеской психологической незрелости они не могут признать, что намеренно наносимый себе вред может привести к реально серьезным последствиям, в том числе к летальному исходу.

Таким образом, нанесение самоповреждений у подростков – это способ совладать с избытком негативных эмоций и снять напряжение от внешнего давления. Учитывая психологическую незрелость данной возрастной группы, риск закрепления модели самоповреждающего поведения, высокий суицидальный риск «по неосторожности», важна психолого-педагогическая и психотерапевтическая работа с подростками и их семьями, действенную помощь может оказать обращение к психиатрам при первых проявлениях самоповреждающего поведения.

Роль антидепрессантов в терапии поведенческих нарушений при тяжелых формах деменции (по материалам мужского соматогеронтопсихиатрического отделения)

Макарова О.В., Васильева К.С.

**Кузбасская клиническая психиатрическая больница,
Кемерово**

Актуальность: деменция разной этиологии является одной из наиболее частых причин инвалидности и социальной дезадаптации у пожилых. На ранней стадии деменции депрессия часто характеризуется соматическими симптомами и может быть дифференцирована от апатии по наличию печали, депрессивных мыслей и раннего пробуждения. Депрессивные симптомы осознанно озвучиваются самими пациентами, что способствует своевременному назначению адекватной терапии. На поздних этапах деменции симптомы депрессии зачастую проявляются лишь изменениями цикла сна и бодрствования, агрессивным поведением и возбуждением, что влечет за собой назначение препаратов с «жестким» седативным действием, которые чаще всего лишь усугубляют имеющиеся когнитивные нарушения и утяжеляют психомоторное возбуждение за счет учащения делириозных нарушений.

Цель исследования: выяснение роли антидепрессантов в алгоритме ведения пациентов с тяжелыми формами деменции с целью улучшения качества жизни как самих больных, так и ухаживающих за ними родственников.

Материалы и методы: методом сплошной выборки изучены истории болезни 56 пациентов соматогеронтопсихиатрического отделения, страдающих деменцией тяжелой степени различной этиологии с выраженными поведенческими нарушениями, требующими медикаментозной коррекции. В исследовании применялись архивный, клинικο-динамический и клинико-катамнестический методы исследования. Тяжесть деменции определялась по тесту MMSE.

Депрессивная симптоматика в качестве основной причины госпитализации при направлении пациентов с деменцией отмечалась редко. Лишь в двух случаях имели место суицидальные попытки (самоповешение, отравление лекарственными препаратами). Однако при тщательном опросе и наблюдении выяснялось, что аффективные нарушения сопровождали другие психопатологические феномены у многих пациентов, не являясь, однако, основной причиной госпитализации. У части это тревога и дистимия, у других – апатия и безразличие при отсутствии жалоб на изменения настроения, как со стороны пациентов, так и их родственников.

Все пациенты с тяжелыми формами деменции принимали противодементные препараты в сочетании психофармакотерапией. В зависимости от антидепрессивной терапии пациенты разделены на 2 группы: 1-я группа – принимавшие антидепрессанты (n=31), 2-я группа – не принимавшие антидепрессанты (n=25).

Результаты и обсуждение. Независимо от имеющейся симптоматики все пациенты обслуживались полипрофессиональной бригадой с обязательным участием психолога, инструктора ЛФК, социального работника. Выявляемая сопутствующая соматическая патология требовала адекватной коррекции, с первого дня назначались лишь противодементные препараты. Иногда это, наряду с доброжелательным расположением, уже было достаточным для снижения/прекращения психомоторного возбуждения. В случае сохраняющегося психомоторного возбуждения пациенты 2-й группы кроме противодементных препаратов принимали вальпроевую кислоту (n=15), карбамазепин (n=17), хлорпротиксен (n=14), рисперидон (n=9), перициазин (n=22), кветиапин (n=8), галоперидол (n=3). В терапию пациентов 1-й группы кроме вышеперечисленных препаратов входили антидепрессанты. ТЦА не применялись из-за высоких рисков побочных действий. Использовались в качестве препаратов выбора СИОЗС: эсциталопрам, пароксетин, флуоксетин, сертралин, флувоксамин в терапевтических дозировках, указанных в инструкциях к препаратам. Пациенты получали антидепрессанты с первых дней и на протяжении всей госпитализации.

Средние сроки стабилизации состояния (нормализация сна, отсутствие психомоторного возбуждения) в 1-й группе были менее длительными (27 дней), чем во 2-й группе (42 дня). Улучшение когнитивных функций чаще отмечалось в 1-й группе (n=14), чем во 2-й (n=5). Клиническое улучшение подтверждалось ростом количества набранных баллов по тесту MMSE и частичным восстановлением навыков самообслуживания (способность самостоятельно принимать пищу, проситься в туалет). Отсутствие значимого терапевтического эффекта отмечалось реже (n=3) в 1-й группе в сравнении со 2-й группой (n=8).

Выводы. Терапия поведенческих нарушений при деменции должна начинаться с выявления и последующей коррекции соматических заболеваний, создания доброжелательной атмосферы в виде выражения поддержки и поощрения пациента. После этого подключается дополнительная медикаментозная коррекция с учетом возраста и возможных рисков побочных действий. Антидепрессанты способны улучшать когнитивные функции у пациентов с деменцией. Своевременное назначение антидепрессантов при деменции сокращает сроки стационарного лечения и улучшает качество жизни пациентов и их родственников.

Кататрения или сонный стон: психотерапевтические аспекты

Мелёхин А.И.

Гуманитарный институт им. П.А. Столыпина, Москва

Кататрения (catathrenia) – это хроническое, доброкачественное расстройство, характеризующееся наличием у пациента выдыхающих стонов, которые могут сопровождаться звуками («мычание», «скуление») во время БДГ-фазы. В отличие от храпа, который случается при вдохе, ночные стоны возникают исключительно на выдохе. От глубины сна зависят и различные формы стона. Сами пациенты редко замечают симптомы, не просыпаются от них. О симптомах узнают от родственников, часто такая симптоматика наблюдается еще в детском возрасте и сопровождается тревожными сновидениями.

Обсуждение результатов. Половина взрослых пациентов сообщают о субъективной дневной сонливости с оценкой по шкале Эпворта >10 баллов. У пациента ночные проявления кататрении в среднем отмечаются с частотой $6,56 \pm 1,15$ раза в неделю, что приводит к существенному дистрессу.

Причины дистресса и беспокойства включают беспокойство партнера по постели (46,8%), плохой или неосвежающий сон (35,7%), беспокойство о последствиях для здоровья (30,0%), беспокойство о социальных проблемах, тревожная растерянность (14,9%), влияние на отношения от осознания того, что партнер спит в отдельной комнате (10,6%), самосознание, негативно влияющее на половую жизнь и/или возможность близости (1,5%). Большинство пациентов с кататренией сообщали о неосвежающем сне (83%), усталости (77%), снижении активности в дневное время (70%), плохой концентрации внимания или памяти (61%), бессоннице (45%). Однако неясно, связаны ли напрямую эти симптомы с кататренией или с наличием генерализованного тревожного расстройства, гипербдительности, страхов, синдрома сенсорного истощения.

Обследование этих пациентов по шкале YSQ S3R продемонстрировало наличие жестких стандартов, негативизм/пессимизм, покорность, пунитивность, покинутость, подавленность эмоций, неразвитую идентичность и самопожертвование.

По сей день идут споры клиницистов о кататрениии – это форма парасомнии или респираторное заболевание. Это заболевание, которое часто путают со стридором, ночным ларингоспазмом, сноговорением, центральным апноэ сна и ночной астмой. Кататрениии обычно не связаны с какими-либо долговременными негативными последствиями, однако у некоторых пациентов наблюдаются чрезмерная дневная сонливость и усталость. До сих пор не выработано единых рекомендаций по терапии данного расстройства. Лечение различными лекарствами (бензодиазепинами, антидепрессантами, противоэпилептическими средствами) также не показало особой клинической эффективности.

Клинический случай. Пациент, 19 лет. На прием обратилась девушка пациента, которая отмечает, что на протяжении 2 лет каждую ночь под утро (5-6 часов) у её молодого человека наблюдается нарастающие звуки «мммм» (как будто мычит) и стоны, без пробуждений. Длительность стонов до 2 минут. Ночного храпа нет. Мать пациента отмечает наличие данных изменений во сне с детства. Думали, что он либо хочет в туалет, либо беспокойно спит, поэтому будили. Ночного энуреза не было. Однако девушка пациента сообщила, что смена обстановки благотворно влияет на появление стона. Например, сон на свежем воздухе, во время отпуска (спал у моря), в отличие от ночного сна в квартире, снижает проявление симптомов. Отмечает, что перед сном часто принимает большое количество пищи и воды. За 2 часа до сна зачастую интенсивно тренировался в спортзале. 2 года назад обращался к неврологу и психиатру, были назначены сначала бензодиазепины, потом антидепрессанты и противоэпилептические препараты, при приеме которых эффективности не наблюдалось.

При физикальном обследовании признаков нарушений не выявлено (миндалины без изменений, по прогностической шкале Маллампасти – 1 балл). Тревожных сновидений и кошмаров не наблюдается. Сногворение отсутствует. Средняя продолжительность сна 8 часов. Жалоб на качество сна не предъявляет (по Индексу ISI 4 балла). Отрицает дневную сонливость (ESS 5 баллов). Направлен к клиническому психологу для оценки психического состояния. Эмоциональных изменений не обнаружено (шкалы PHQ-15 – 2, GAD-7 – 1), наличие эмоционального гипервозбуждения в вечернее время. Проведение ПСГ выявило легкие общие нарушения архитектуры сна с эффективностью сна 92%. Задержка начала сна и быстрого сна нормальные (11,2 и 95,3 мин). Общий индекс возбуждения был повышен (13,3/час). Сон N1, N2 и N3 составил 11,7%, 54% и 14,2%, REM-фаза 19,3%. Общий индекс апноэ-гипопноэ (АHI) – 7,1, обструктивного – 2, центрального – 5,43. Частые выдыхательные стоны связаны с центральным апноэ длительностью от 12 до 17 секунд, без насыщения, это происходило одинаково в двух фазах. Кроме того, наблюдалось гипервозбуждение. МРТ головного мозга: нарушений не выявлено.

Тактика лечения совместно определялась врачом-неврологом и клиническим психологом.

Образование пациента и его родственников о доброкачественной природе данного расстройства. Так как кататрения сама по себе не подвергает пациентов физическому риску, в литературе встречается мало исследований, посвященных эффективному лечению этого расстройства.

Гигиена сна. В течение дня рекомендуется физическая активность, снижение сенсорных перегрузок, вечером – изменение пищевого и водного рациона, снижение яркого света от гаджетов и в помещении, сенсорной перегрузки, минимизация силовых упражнений за 2-3 часа до сна. *Поведенческие рекомендации:* для расслабления белый шум при засыпании.

Когнитивно-поведенческие рекомендации по снижению гипервозбуждения: принятие ванны/душа, техника «спокойное место» (mindful breathing), письменное упражнение Пеннебейкера «Слить все мысли» (Pennebaker writing exercise). Перед сном (за 20-30 минут) пациента просят взять лист бумаги и выписать все предстоящие дела, которые, как кажется, обязательно нужно сделать, «запишите все свои глубочайшие эмоции и мысли, которые Вас волнуют». После того как закончите, отложите лист бумаги до утра. Когда Вы проснетесь, все «срочные» дела будут ждать Вас на бумаге, но не в Вашей голове перед сном и/или во время сна. Утром «не вставайте сразу. Полежите в кровати 5-10 минут. Раскиньте руки и ноги, словно Вы морская звезда. Пошевелите пальцами на ногах и руках. Лежа на спине, закройте глаза и обратите внимание на ощущения в теле. Почувствуйте все места в теле, где есть дискомфорт или боль. Сделайте глубокий вдох и выдох. Повторите три раза. Откройте глаза, снова потянитесь, потом сядьте. Посмотрите вокруг; взглядом найдите в комнате три вещи, которые Вам нравятся: предмет, фото, яркое цветное пятно. Сосредоточьтесь на мгновение на каждом из них. Встаньте. Поставьте ноги на ширине плеч, вытяните руки вверх, потом опустите их. Встряхните ногами и руками. Сделайте глубокий вдох и выдох. Вы готовы к новому дню»

Фармакотерапия: мелатонин-СЗ 3 мг, в течение 10 дней. СИПАП-терапия не назначалась. Ремиссия при выполнении рекомендаций – 3 месяца.

Практические рекомендации. Рекомендуется проведение клинического интервью (приведены основные вопросы). Что вызывает кататрению? Есть ли связанные с этим последствия для здоровья? Связано ли это с апноэ во сне? Что можно сделать для улучшения состояния? Кататрения связана со стрессом или тревогой? Есть ли ассоциация с физической нагрузкой? Может ли помочь изменение положения сна? Наличие тревожных сновидений и пресомнических нарушений с кататренией?

Психологическое обследование по тестовым методикам: ISI, APSQ, Шкала сонливости Эпворта, PHQ-SAND и ААQП.

Психообразование пациента. Поведенческие рекомендации для партнера.

Дыхательные упражнения, медитация, йога. Музыка для сна/белый шум

Список использованной литературы

1. Мелёхин А.И. Руководство по когнитивно-поведенческой психотерапии нарушений сна. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. 496 с.
2. Drakatos P, Higgins S, Duncan I, Stevens S, Dastagir S, Birdseye A, Lykouras D, Muza R, Gildeh N, Rosenzweig I, Williams AJ, Leschziner GD, Kent BD. Catathrenia, a REM predominant disorder of arousal? *Sleep Med.* 2017 Apr;32:222-226. doi: 10.1016/j.sleep.2016.06.010. Epub 2016 Jul 20. PMID: 27539028; PMCID: PMC6554196.
3. Guilleminault C, Hagen CC, Khaja AM. Catathrenia: parasomnia or uncommon feature of sleep disordered breathing? *Sleep.* 2008 Jan;31(1):132-9. doi: 10.1093/sleep/31.1.132. PMID: 18220087; PMCID: PMC2225555.
4. Melehin AI. Behavioral therapy for catathrenia (clinical case). *EC Psychology and Psychiatry.* 2021;1(10):5-19.

Применение метакогнитивной терапии при лечении тиннитуса и слуховой гиперестезии

Мелёхин А.И.

Гуманитарный институт им. П.А. Столыпина, Москва

Тиннитус (шум в ушах) – это слуховое сознательное восприятие (писк, звон, пульсация, гул и др.) без соответствующего внешнего раздражителя, распространенность которого среди взрослого населения составляет 10–15%. Показана роль психологических процессов как факторов, влияющих на постоянное сканирование, пребывание в состоянии гипербдительности, на отказ в процессе габбитуации и снижения тяжести шума в ушах. У пациентов с хроническим рефрактерным тиннитусом (более 3 месяцев) наблюдаются повышенная тревожность и увеличение депрессивных симптомов.

Описана сильная положительная связь между депрессивными и тревожными симптомами и влиянием хронического шума в ушах (Trevis et al., 2018). Характеризуя участие психологических механизмов, показано, что шум в ушах внутренне связан с состоянием когнитивных ресурсов пациента: расстройством исполнительных функций, внимания (нарушения в селективной и разделенной обработке информации), что препятствует процессу габбитуации и усиливает пропускную способность до сознания «фантомного» слухового восприятия. Наличие у пациентов изменений в когнитивном контроле, различные формы смещения во внимании являются симптомами изменений в сети пассивного режима работы мозга (default-mode network), которая связана с эмоциональной регуляцией при расстройствах тревожного спектра, руминациях, тревожности, депрессивных симптомах, фантомных восприятиях. До настоящего времени отсутствует общепринятая эффективная психофармакологическая тактика лечения тиннитуса. Результаты исследований психологических факторов тиннитуса показывают, что пациенты извлекают положительный опыт из психотерапевтических протоколов, направленных на снижение тревоги и депрессии, которые снижают влияние и потенциальный контроль за шумом в ушах в повседневной деятельности (Мелёхин, 2020).

Психотерапевтическое лечение сосредоточено на восстановлении когнитивных ресурсов, внимания, нисходящей регуляции. Одним из первых протоколов лечения тиннитуса была терапия реадаптации к тиннитусу (Tinnitus Retraining Therapy, TRT), основанная на габбитуации в сочетании с психообразованием и звуковой терапией. Включение этой методики приводило к более эффективным результатам (сокращение времени осознания, катастрофизации), чем метод маскировки.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) на данный момент является лучшим методом для лечения тиннитус-дистресса, т.е. уменьшения восприятия шума в ушах и связанных с ним симптомов тревоги, депрессии, нарушений сна (Makar et al. 2017). Основывается на когнитивно-поведенческой модели тиннитуса (McKenna et al., 2014), описывает тиннитус как одно из проявлений «невроза страха», приводящего к порочному кругу, в котором звук усиливает беспокойство и возбуждение чрезмерно негативными или катастрофическими мыслями о нем и его последствиях. Мотивирует поддержание таких факторов как избирательное внимание, сканирование себя, контрпродуктивное избегающее и перестраховочное поведение, приводя к большему обнаружению шума в ушах и более сильному дистрессу.

КПТ «третьей волны» более направлено на усиление способности контролировать восприятие тиннитуса и включает в себя (Melehin, 2020) тиннитус копинг-стратегии (Tinnitus Coping Technique, Kröner-Herwig et al., 2003); терапию принятия и ответственности (Acceptance and commitment therapy, АСТ, Molander et al., 2018); метакогнитивную терапию (Metacognitive therapy, МСТ), ориентированную на метакогнитивные убеждения пациента, переживания и стратегии, которые приводят к развитию специфических дисфункциональных мыслей и повторяющихся депрессивных руминаций. Данная терапия фокусируется на устранении руминации, повышает осведомленность пациента об этом психическом процессе, развивает новые реакции на негативные мысли, улучшает избирательный контроль внимания. Метакогнитивная терапия направлена на вовлечение в жизнь пациента проактивных метакогнитивных механизмов контроля и когнитивной работы над дисфункциональными идеями и представлениями пациента о чрезмерном контроле на симптомы тиннитуса.

Т а б л и ц а. Протокол метакогнитивной терапии тиннитуса (Ferraro et al., 2019)

Сессия	Описание
1	Изучение истории болезни пациента. Ознакомление пациента со способами лечения тиннитуса, обоснованием психотерапевтических стратегий. Проведение психологического обследования пациента с помощью Tinnitus Handicap Inventory (THI), PHQ-SADS и YSQ S3R
2	Обсуждение полученных результатов обследования, формирование целей и этапов психотерапии
3	Обучение техники тренировки внимания с последующим проведением двух сессий (включая субъективную рейтинговую шкалу). Домашнее задание: повторять 1-2 раза в день упражнение
4	Обсуждение домашнего задания, за которым последовали две сессии техники тренировки внимания. Домашнее задание: повторять 1-2 раза в день упражнение
5	Введение техники отрешенной внимательности через метафоры и метакогнитивную ориентацию. Проведение теста Metacognitive Questionnaire (MCQ-30) и разбор результатов. Метакогнитивные упражнения (например, упражнение «тигр сверху и тигр снизу»). Домашнее задание: найти новые метафоры и повторить упражнения
6	Обсуждение домашних заданий, новые метафоры о мыслях и метакогнитивные упражнения
7	Повторное проведение психологического обследования Tinnitus Handicap Inventory (THI), PHQ-SADS и YSQ S3R. Разбор трудностей
8	Обсуждение используемых техник. Оценка их полезности в повседневной деятельности. Противорецидивный план

При проведении терапии тиннитус представляется и трактуется как назойливое и раздражающее явление, способное патологически привлекать внимание человека и усиливать его восприятие, стимулируя различные формы поведения по его избавлению. Шум в ушах также рассматривался как триггер для цепи катастрофизирующих мыслей, способных вызывать тревогу, печаль, чувство беспомощности.

Делается акцент на двух техниках. 1) Тренировка внимания (*attention training technique, АТТ*), состоящая из 12-минутного активного прослушивания и фокусировки внимания в контексте представленных клиническим психологом звуков разной громкости, пространственном расположении. От пациента требуется сохранять осознанность мыслей в качестве пассивного наблюдателя. Состояние оценивается с помощью субъективной рейтинговой шкалы внимания к шуму в ушах (от 0 до 10 баллов). 2) Отстраненная или отрешенная внимательность (*detached mindfulness, DM*) предполагает прекращение или отсоединение любой реакции на мысль и переживание себя как отдельного субъекта. Способность отличать негативную мысль от последующей рефлексивной реакции на эту мысль. Структура протокола метакогнитивной терапии тиннитуса: 8 сессий, 60 минут, каждые 2 недели.

В таблице приведены терапевтический план, протокол метакогнитивной терапии (в нашей адаптации).

Эффективность лечения. Терапия была результативна в уменьшении дистресса и восприятия шума в ушах, результаты длительно сохранялись (более 6 недель). В частности баллы по шкале тревоги снизились и преимущественно оставались стабильными на протяжении 3 месяцев, в то время как баллы по шкале депрессии не изменились. Это говорит о том, что в рамках психотерапии следует уделять внимание большей внутренней работе над метакогнитивными убеждениями по устранению депрессивных мыслей. У пациентов с тиннитусом наблюдается снижение дисфункциональных тревожных метакогнитивных убеждений. Была восстановлена способность пациентов сосредотачиваться и обращать внимание на несколько стимулов одновременно, задействуя избирательный контроль внимания и перемещая шум в ушах на «фоновом ландшафте» осознания. Пациенты сообщали, что способны вырабатывать новые реакции на негативные мысли, вызванные шумом в ушах, меньше размышлять о шуме в ушах в своей повседневной жизни. Пациенты, имевшие проблемы с засыпанием, заявили, что успешно использовали техники тренировки внимания, находясь в постели, что влияло на метакогнитивный контроль внимания на шум в ушах, снижало гипервозбуждение, пре- и интрасомнические нарушения сна.

Список использованной литературы

1. Мелёхин А.И. Когнитивно-поведенческая тактика обследования психотерапии тиннитуса (звон в ушах). *Neurodynamics. Журнал клинической психологии и психиатрии*. 2020. Т. 2, № 2. С. 27–42.
2. Ferraro L, La Barbera D, Messina A et al. Metacognitive Therapy in Patients with Tinnitus: a Single Group Study. *J Contemp Psychother*. 2019;49:133–140. <https://doi.org/10.1007/s10879-018-09415-2>
3. Makar SK, Mukundan G, Gore G. Treatment of Tinnitus: A Scoping Review. *Int Tinnitus J*. 2017 Dec 1;21(2):144-156. doi: 10.5935/0946-5448.20170027. PMID: 29336134.
4. McKenna L, Handscomb L, Hoare DJ, Hall DA. A scientific cognitive-behavioral model of tinnitus: novel conceptualizations of tinnitus distress. *Front Neurol*. 2014 Oct 6;5:196. doi: 10.3389/fneur.2014.00196. PMID: 25339938; PMCID: PMC4186305.
5. Melehin AI. Cognitive behavioral therapy for tinnitus distress. *Archives in Neurology & Neuroscience*. 2020;8(1):9-17.
6. Molander P, Hesser H, Weineland S, Bergwall K, Buck S, Hansson-Malmjöf J, Lantz H, Lunner T, Andersson G. Internet-Based Acceptance and Commitment Therapy for Psychological Distress Experienced by People With Hearing Problems: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *Am J Audiol*. 2015 Sep;24(3):307-10. doi: 10.1044/2015_AJA-15-0013. PMID: 26649536.
7. Trevis KJ, McLachlan NM, Wilson SJ. A systematic review and meta-analysis of psychological functioning in chronic tinnitus. *Clin Psychol Rev*. 2018 Mar;60:62-86. doi: 10.1016/j.cpr.2017.12.006. Epub 2017 Dec 30. PMID: 29366511.

Рецидивирующий цистит у женщин как соматоформное расстройство

Мелёхин А.И.

Гуманитарный институт им. П.А. Столыпина, Москва

Соматоформное расстройство или расстройство телесного дистресса (Bodily Distress Syndrome) характеризуется соматическими симптомами, преимущественно включающими боль, сопровождающуюся аллодинией, которая относится к аффективному компоненту боли. Типичный механизм боли, вызывающий стимул, охватывает периферические ноцицептивные сенсорные волокна, тогда как эмоциональные и аффективные аспекты боли обрабатываются нейронными цепями вознаграждения-мотивации. Также известно, что пациенты с соматоформным расстройством имеют коморбидный тревожный спектр расстройств.

Таким образом соматоформное расстройство является чувствительным психиатрическим фенотипом ряда состояний, например, цистита.

Интерстициальный цистит (Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome, сокр. ИЦ) – хроническое заболевание мочевого пузыря с возможной психосоматической этиологией (Bowers, Schwar, 1958; Noll-hussong, 2014; Chen, 2017). Обычно предполагается, что это воспаление вызвано инфекцией мочевыводящих путей, при которой иммунологические и неврологические предпосылки остаются до конца неясными. Типичные симптомы включают дискомфортные, тянущие ощущения («инородного тела внизу живота»), боль при мочеиспускании, частое мочеиспускание. Симптомы могут появляться после близости с партнером. Присутствует коитальная и посткоитальная боль, тонические проявления во время сексуального контакта с преобладанием тревожных ожиданий (например, «а вдруг зайдет ребенок и увидит нас») и неспособностью расслабиться. Пациентки могут также испытывать хроническую тазовую боль, могут присутствовать кровь в моче и лихорадка, что существенно снижает качество жизни и ухудшает супружеские взаимоотношения. Пациентки отмечают атипичные симптомы: когда ложатся спать после интенсивного рабочего дня в горизонтальном положении, тянет и ноет мочевой пузырь, хочется в туалет. В то время как в дневное время не испытывают дискомфорта. Около половины всех женщин по крайней мере переносят хотя бы один приступ цистита в жизни. Многие женщины страдают только от одного или двух приступов в своей жизни, а некоторые от более частых эпизодов. Лечение в первую очередь направлено на облегчение боли, управление симптомами.

У пациенток имеется множество внетазовых соматических симптомов в виде фибромиалгии, синдрома раздраженного кишечника, классической мигрени и депрессивных расстройств. В большинстве случаев отсутствует очевидная причина, по которой цистит рецидивирует. Выделяют 6 клинических фенотипов: урологический, психосоциальный, органоспецифический, инфекционный, неврологический и системный. При ИЦ показана антибактериальная терапия, интимные гель-смазки, гели с бактериофагами для интимной гигиены. Кроме того, даются поведенческие рекомендации (половой контакт, физическая активность, одежда, личная гигиена). Хотя интерстициальный цистит часто ассоциируется с эмоциональными расстройствами (тревожный спектр расстройств) и функциональными нарушениями, часто бывает трудно определить причину и следствие в каждом отдельном клиническом случае (Noll-Hussong, 2014).

В клинической психологии психосоматические аспекты ИЦ лишь изредка становились предметом исследования. Изучение коммуникационных путей от иммунной к нервной системе представили новые данные патофизиологии воспалительных симптомов соматоформных расстройств (Chen, 2017). Приводимые результаты подтверждают значимость в ИЦ изменений в регуляции оси стресса (гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось), катастрофизирующего стиля мышления, нарциссического расстройства личности, сниженной психологической гибкости, наличия истории физического/сексуального насилия, чувства стыда, склонности к соматизации, высокого нейротизма (Noll-Hussong, 2014; Chen, 2017).

Измерение воспаления с помощью биомаркеров не только клинически документирует соответствующую инфекцию, но и служит важным инструментом для определения потенциально вредных последствий хронических психосоциальных стрессоров, таких как финансовый, социальный, семейный стресс и детские травматические переживания (феномен «фаллической матери»), а также другие жизненные события, например, одиночество, чрезмерная гипербдительность, проблемно-ориентированный личностный тип.

Предполагается, что в основе ИЦ у женщин лежат изменения в психонейроэндокринно-иммунологическом пути, которые активируются при построении отношений с партнером (Noll-Hussong, 2014). Психическое состояние пациентки, обусловленное пребыванием в режиме гипермобилизации, влияет на иммунную систему и нейронную активность, бактериальную нагрузку. В связи с этим при обследовании пациенток с ИЦ особое внимание следует уделять психическому состоянию для построения эффективной тактики лечения.

Выборка исследования: 25 женщин от 25 до 48 лет, страдающих от рецидивирующего ИЦ на протяжении 7-12 лет. Симптомы врачами урологами и гинекологами были определены как бактериальные поллакиурия и дизурия, сопровождающиеся наличием бактерий в моче и вагинальных мазках, которые в основном состояли из кишечной палочки и энтерококков. Урологическое обследование и уродинамика нарушений не выявила ничего, кроме гипертонического мочевого пузыря. У пациенток были диагностированы следующие расстройства: соматоформная вегетативная дисфункция мочеполовой системы (F45.34), психологические факторы при хроническом рецидивирующем цистите (F54), рецидивирующее депрессивное расстройство, эпизод средней тяжести (F33.1).

Методики исследования: опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R); диагностика ранних дезадаптивных схем (Young Schema Questionnaire-Short Form Revised, YSQ S3R).

Результаты исследования. По данным обследования пациенток по SCL-90-R выявлены высокие показатели, подтверждающие: 1) депрессивную симптоматику (многое дается с чрезмерным усилием; потеря сексуального интереса или удовольствия; беспричинное беспокойство; ощущение сниженной энергичности, замедленность; чувство одиночества; тоска; 2) обсессивно-компульсивные проявления (нужно делать все очень медленно, чтобы обеспечить безошибочность; наличие повторяющихся неотступных неприятных мыслей; проблемы с концентрацией внимания; необходимость постоянно перепроверять результаты деятельности; 3) проявления тревоги (чувство страха, напряжение или гипертвуждение); 4) нарушения межличностной чувствительности (обидчивость; чувство критики по отношению к другим; чувство, что другие не понимают вас или не сочувствуют). GSI (общий индекс тяжести психопатологической симптоматики) – $1,7 \pm 0,31$.

По данным опросника YSQ S3R были зарегистрированы высокие баллы по трем тестовым показателям: 1) поиск одобрения «Я хорошая?» Самооценка во многом зависит от мнения окружающих, повышенная озабоченность тем, как оценивают другие люди; 2) страх покинутости/нестабильности близких отношений. «Не бросай меня!». Вызывает беспокойство и убежденность (в ряде случаев безосновательные), что в любой момент близкие отношения могут прекратиться; 3) недостаток самоконтроля «Не могу удержаться». Избегание скуки, проблемы со злоупотреблением и безответственность.

Психодинамически повторяющиеся проблемы с мочевым пузырем были тесно связаны с проблемой партнерства, интимных отношений. Характерно восприятие другого через призму параноидно-шизоидной позиции. Пациенткам свойственно подавлять личные желания и потребности, в частности агрессивные импульсы и проявление индивидуализации с помощью «жестких» защитных механизмов. Подавленные аффекты и импульсы со временем, по-видимому, изменялись и проявляли себя как эквивалент аффекта проблем с мочевым пузырем. Орган выбора, как было подтверждено в ходе нашего исследования, также указывал на вопросы сексуализации и сексуальные проблемы. В контексте «вторичной выгоды от своей болезни» пациентки воспринимали свое сексуальное отрицание партнера только под прикрытием соматического симптома.

Одновременная депрессивная симптоматика частично объясняется механизмом обращения агрессии против самой себя. Кроме того, пациентки в значительной степени бессознательно отождествляли себя с депрессивной материнской фигурой (мать, бабушка), что подкреплялось бессознательным чувством вины. Враждебность не могла быть сдержана только симптомами мочевого пузыря, отсюда потребность пациенток в наказании как средстве успокоения и снижения тревоги, освобождения от ненавистных импульсов, которые они испытывали по отношению к другим. Неудовлетворенность собой могла быть частично удовлетворена их многочисленными болезнями, полихирургическими и фармакологическими вмешательствами, множественными цистоскопиями, не говоря уже о серьезных характерологических сдвигах с постоянным перестраховочным приемом антибактериальной терапии и нападками на партнера. Часто прослеживалась подавленная враждебность по отношению к значимым родительским фигурам, с которыми пациентки мазохистски обращались, демонстрируя свое отношение болезненными симптомами мочевого пузыря с младенчества и во взрослой жизни. Для них это был единственный соматический симптом, на который другие реагировали неоднозначно, и один из немногих допустимых способов, с помощью которого они могли нанести ответный удар или установить пусть даже и извращенный контакт. При обследовании пациенток мы обратили внимание на наличие у них мазохистических проявлений в форме обращений к хирургам, проведении полихирургических процедур, множественных цистоскопий, жестком ограничении сексуальных контактов, феномене перехода на стадию инфантильной генитальности или отказе от интимных отношений. Раннее осознание психосоматических факторов болезни могло предотвратить трагические последствия этого порочного круга.

Выводы. Полученные данные следует учитывать в ходе комплексного лечения пациенток с опорой на мультимодальную психодинамическую или когнитивно-аналитическую терапию, которые обладают способностью уменьшать соматизацию и положительно влиять на психонейроэндокринно-иммунологическом пути для снижения рецидивов и улучшения качества жизни (de Greck, Scheidt, 2011). Соматоформное расстройство не только сочетается с циститом, но также служит одним из триггеров этого состояния. Связь между соматоформным расстройством и циститом носит сложный характер в силу сочетанности психопатологических и соматических симптомов, что может привести к неправильной диагностике ранней органической патологии мочевыводящих путей.

Все больше данных указывает на изменение болевых путей при соматоформном расстройстве и нейровоспалении, а также на изменение ноцицептивных сенсорных сигналов при цистите. Эта ассоциация может быть основана на независимых переменных (например, генетических), связанных со склонностью к депрессии, а не на патофизиологический «мост» между стандартными нарушениями нервной проводимости и периферическими осложнениями. Цистит является важным прогностическим фактором беспокойства, депрессии и бессонницы. Поэтому логично предположить, что цистит приводит к психологической нагрузке у пациента. Хотя это может показаться спорным мнением, тем не менее обнаружено, что клиническая симптоматика соматоформного расстройства часто совпадает с проявлениями тревоги, депрессии и инсомнии, что эти состояния, по сути, идентичны. Хотя соматоформное расстройство прежде всего связано с болью, встречаются единичные сообщения о пациентах с ИЦ, характеризующихся с течением времени изменениями вегетативной функции, изменениями спровоцированных болевых симптомов и механических болевых порогов.

Практические рекомендации. Соматоформное расстройство является чувствительным психиатрическим фенотипом, который может использоваться для прогнозирования ИЦ. Таким образом, при обследовании пациентов с ИЦ следует выявить анамнез становления и развития соматоформного расстройства. Кроме того, необходимо исследовать любые неприятные симптомы со стороны мочевого пузыря у пациентов с соматоформным расстройством, поскольку в настоящее время они не получают специализированного лечения со стороны специалистов в какой-либо конкретной медицинской области.

Список использованной литературы

1. Bowers JE, Schwarz BE, Leon MJ. Masochism and interstitial cystitis; report of a case. *Psychosom Med.* 1958 Jul-Aug;20(4):296-302. doi: 10.1097/00006842-195807000-00003. PMID: 13579095.
2. Chen IC, Lee MH, Lin HH, Wu SL, Chang KM, Lin HY. Somatoform disorder as a predictor of interstitial cystitis/bladder pain syndrome: Evidence from a nested case-control study and a retrospective cohort study. *Medicine (Baltimore).* 2017 May;96(18):e6304. doi: 10.1097/MD.0000000000006304. PMID: 28471951; PMCID: PMC5419897.
3. de Greck M, Scheidt L, Bölter AF, Frommer J, Ulrich C, Stockum E, Enzi B, Tempelmann C, Hoffmann T, Northoff G. Multimodal psychodynamic psychotherapy induces normalization of reward related activity in somatoform disorder. *World J Biol Psychiatry.* 2011

Jun;12(4):296-308. doi: 10.3109/15622975.2010.539269. Epub 2011 Jan 4. PMID: 21198419.

4. Noll-Hussong M, Autenrieth M, Pokorny D, Herberger S, Huber D. The subject, its biology, and the chronic recurrent cystitis. *Case Rep Psychiatry*. 2012;2012:601705. doi: 10.1155/2012/601705. Epub 2012 Apr 18. PMID: 22934220; PMCID: PMC3420663.

Организации внутренней среды деятельности Кузбасской клинической психиатрической больницы в условиях новой коронавирусной инфекции

Москвина Я.В.

**Кузбасская клиническая психиатрическая больница,
Кемерово**

В конце 2019 г., после вспышки новой коронавирусной инфекции с эпицентром в Ухане (провинция Хубэй, в КНР), возбудитель инфекции получил временное название 2019-nCoV. 11 февраля 2020 г. ВОЗ присвоила официальное название инфекции, вызванной новым коронавирусом, – COVID-19 («Coronavirus disease 2019»). Тогда же Международный комитет по таксономии вирусов присвоил официальное название возбудителю инфекции – SARS-CoV-2. Появление COVID-19 поставило перед специалистами здравоохранения задачи по оперативной диагностике и оказанию медицинской помощи больным [1].

Стационарная медицинская помощь по профилю «психиатрия» в период распространения COVID-19 оказывалась в соответствии с Основными принципами организации медицинской помощи пациентам с COVID-19: 1) пациенты с симптомами ОРВИ поступали только через приемно-смотровые боксы и фильтр-боксы; 2) пациенты с психическими расстройствами в сочетании с COVID-19 направлялись в изолятор (отделение медицинской организации, перепрофилированное для оказания медицинской помощи больным с COVID-19); 3) пациенты с психическими расстройствами направлялись во вновь организованное отделение 23-24, где была введена посменная 14-дневная работа медицинских сотрудников с круглосуточным режимом пребывания на территории учреждения, где пациенты с целью профилактики распространения COVID-19 находились на протяжении 14 дней, затем пациенты согласно этапам маршрутизации направлялись в блочные отделения.

За период работы в отделение 23-24 поступило более 800 пациентов с психическими расстройствами. Безопасное перемещение пациентов позволило избежать вспышек новой коронавирусной инфекции.

В случае отсутствия психосоматических коек в многопрофильном стационаре для организации психиатрической помощи лечение больному с психическими расстройствами назначается врачом многопрофильного стационара (не психиатром) в объеме клинических рекомендаций (протокола) по оказанию скорой медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения. Врач-психиатр осуществляет лечение в соответствии с утвержденными стандартами оказания медицинской помощи при психических расстройствах в объеме, доступном в многопрофильном стационаре.

При появлении подозрения на заболевание COVID-19 проводили следующие мероприятия: 1. Немедленная изоляция и госпитализация в специально созданные для данного контингента пациентов медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях в соответствии с Протоколом мероприятий, проводимых медицинскими работниками, по недопущению внутрибольничного распространения COVID-19 в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях (приказ Минздрава РФ от 19.03.2020 г. № 198н). 2. Противоэпидемические мероприятия в соответствии с требованиями Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. 3. Неукоснительное соблюдение мер экстренной профилактики заражения медицинских работников, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с симптомами ОРВИ, внебольничными пневмониями во взаимодействии с территориальными управлениями Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Работа медицинского учреждения в условиях эпидемии требовала особой организации, которая предполагала изменения в структуре учреждения, режиме его работы, увеличивала профессиональную и психологическую нагрузки. Эти факторы влияли на уровень стресса у всех участников процесса и в дальнейшем приводили к эмоциональному выгоранию работников. Для этого была организована круглосуточная помощь психологической лаборатории, куда при необходимости обращались медицинские сотрудники по телефону, будучи на смене или на психокоррекционные занятия вне смены.

Список использованной литературы

1. Методические рекомендации МР 3.1.0170-20 (в редакции МР 3.1.0170-20) «Эпидемиология и профилактика COVID-19», утвержденные Роспотребнадзором 30.04.2020.

Психокоррекционные занятия на аудиовизуальном комплексе «Диснет» при панических атаках

Нохрина Т.Н., Кулебакина С.Ф.,

Ларина И.А., Старостенко С.И.

Ленинск-Кузнецкая психиатрическая больница,

Ленинск-Кузнецкий

В нынешний век скорости, утилитарности и прагматизма простые человеческие эмоции всё больше отходят на второй план под воздействием непрерывной суеты и высокого уровня ответственности. Ответной реакцией организма на перенапряжение становится стресс, на почве которого у человека возникают психические расстройства, неврозы и прочие деструктивные состояния. В западном обществе этой проблемой активно занимаются психологи, разрабатывающие различные психофизиологические методики борьбы с негативными последствиями стресса. В России эта система только зарождается, поэтому применение современных и эффективных технологий в сфере психодиагностики и психокоррекции приобретает особое значение.

Паническое расстройство в виде панических атак (ПА) – эпизодическая или пароксизмальная тревога, проявляющаяся внезапным без внешних причин приступом сильной тревоги и паники, сопровождающаяся учащенным сердцебиением, болью в груди, ознобом, дрожью в теле, головокружением, предобморочным состоянием, нехваткой воздуха, чувством нереальности. Вторично возникает страх смерти или страх сумасшествия. Приступ продолжается несколько минут и может повторяться от нескольких раз в месяц до нескольких раз в день. Между приступами практически нет других расстройств. Психиатры сходятся во мнении, что появлению первой ПА предшествует долгий период сильного стресса, что это результат целого комплекса длительных неблагоприятных для человека обстоятельств. По сути, ПА – это кульминация острого тревожно-депрессивного расстройства. Хотя это не отменяет того факта, что к этой болезни приводят генетическая предрасположенность и неблагоприятная социальная обстановка. Многие психологи считают, что симптомы ВСД (вегетососудистой дистонии), которыми сопровождается ПА – это результат длительного подавления чувств и эмоций, удержания своего гнева и естественных реакций на происходящее внутри и постоянного воспроизведения в общении с другими людьми ложных или притворных («не своих») реакций, которых требуют обстоятельства.

Когда происходит опасная или угрожающая жизни ситуация, выделяются гормоны стресса: кортизол, норадреналин, адреналин. Резкое повышение адреналина позволяет организму адаптироваться к стрессу, но при этом усиливаются все физиологические реакции: учащается сердцебиение, усиливается белковый обмен и пр. Однократно возникшая паническая атака не может рассматриваться с позиции болезни. Существует представление, что большинство людей при определенных обстоятельствах переживают этот драматический феномен хотя бы один раз в своей жизни. В этом случае ПА представляет собой физиологический ответ на эмоциональный стресс. Как с этим справиться? На сегодня существуют два крайне эффективных метода – это психотерапия и психофармакология. В любом случае первое, что нужно сделать, это незамедлительно обратиться к врачу, так как панические атаки не лечатся в домашних условиях. Чтобы стало легче, необходимо принять удобную позу, расслабиться и глубоко дышать.

Аудиовизуальный комплекс (АВК) «Диснет» для кабинета медицинского психолога является эффективным и безопасным инструментом релаксации и снятия панической атаки у пациента. Программа включает в себя набор видео- и аудиоаутогенных сеансов. Все сеансы разделены по интенсивности воздействия в соответствии с индивидуальным коэффициентом активности. Расслабляющий эффект АВК «Диснет» усиливается благодаря специальной релаксационной мебели, например, удобному креслу с подставкой для ног. Использование комплекса «Диснет» рекомендовано пациентам с симптомами панической атаки: сильное сердцебиение, затруднённое дыхание, головокружение, тошнота, страх смерти от сердечного приступа.

У таких пациентов происходит формирование невротических страхов стрессовых ситуаций, способных вызвать повторение приступа, а также страх повышения артериального давления, как возможной причины смерти. С течением времени область пугающих ситуаций разрастается, страх превращается в фобии, что может привести к социальной дезадаптации. Постоянно возрастает спектр переживаемых невротических страхов, которые могут накопиться на момент обращения за психотерапевтической помощью, их приступообразное возникновение может являться причиной паники: страх потери близкого человека; страх неожиданного беспричинного начала очередного приступа; страх далеко отходить от дома; боязнь входить в самостоятельную жизнь или создавать свою семью; страх находиться на солнце, в душных помещениях, лифтах, общественном транспорте, общественных местах, где много людей; страх быстрой езды; страх оставаться в одиночестве дома и пр.

В качестве профилактической работы предлагается проведение нескольких занятий продолжительностью 1 час с целью нормализации психорегуляторных возможностей организма, стабилизации функционального состояния организма и активности ЦНС, повышения стрессоустойчивости. Пациенты обретают психологическую комфортность и настроенность на преодоление заболевания, становятся спокойнее и увереннее, менее раздражительными. В момент возникновения симптомов панической атаки их удается купировать с помощью воспоминания о терапевтическом воздействии «Диснет». Затухание остроты расстройства отмечается уже после третьей встречи, переломным моментом чаще всего является седьмой визит к терапевту, к этому времени пациент верит в свою возможность самостоятельно влиять на своё состояние. По ходу работы пациенты преодолевают часть тревожных страхов, учатся влиять на своё психоэмоциональное и физическое состояние; закрепляют приобретенные навыки, чтобы в дальнейшем использовать их в повседневной жизни. Большинство пациентов констатировали уход беспокоящих страхов, успокоение, возможность рационально принимать жизненные решения.

Таким образом, АВК «Диснет» является универсальным комплексным инструментом для повышения эффективности психологического воздействия, основанного на методиках аутогенной тренировки, релаксационных занятий. Аудиовизуальный комплекс способствует усилению воздействия разнообразных реабилитационных и восстановительных мероприятий, поэтому он может рекомендоваться к применению в профессиональной деятельности широкого круга медицинских психологов и психотерапевтов.

Аффективные нарушения в структуре послеродовых психозов в стационаре

Нургалиев Р.А.

Прокопьевская психиатрическая больница, Прокопьевск

Послеродовой психоз – сложное полиэтиологическое заболевание, которое возникает после родов и протекает с различной психопатологической симптоматикой, чаще всего при этом заболевании страдает аффективная сфера. По данным литературы, послеродовая депрессия ежегодно возникает в среднем у 260 тыс. из 1,6 млн российских рожениц.

Женщины в послеродовом периоде могут страдать в течение длительного времени послеродовой депрессией, но депрессия зачастую не достигает психотического уровня, и большинство пациенток с послеродовой депрессией, но без бредаво-галлюцинаторных переживаний обходятся без помещения в психиатрический стационар. В психиатрический стационар попадают только те, у кого симптомы послеродового психоза приобретают выраженный характер. Аффективные нарушения наблюдаются у всех пациенток с послеродовыми психозами, проходивших стационарное лечение. Именно сочетание выраженной аффективной патологии и продуктивной симптоматики приводит к продолжительным срокам лечения, которое может характеризоваться многообразным сочетанием симптомов, чем более они выражены, тем длительнее период стационарирования. Наиболее часто наблюдались астенодепрессивный, тревожно-депрессивный, депрессивно-параноидный, аффективно-галлюцинаторный синдромы. Начало послеродового психоза в обычно в течение 2 недель после родов (редко до 6 недель).

Обсуждение результатов. 11 пациенток в возрасте от 18 до 34 лет поступили в стационар из роддома, 7 – из дома через 2 недели после родов, 1 – спустя 5 недель от момента родов. В стационарных условиях доля пациенток с послеродовым психозом, как правило, немногочисленна – не более 1-2% от количества пролеченных больных. За последние 5 лет на базе женского отделения ГБУЗ ППБ пролечено 19 женщин с послеродовым психозом, все они условно были разделены на две группы: 1-я группа – не страдавшие психической патологией до родов, 2-я группа – имевшие до родов в анамнезе психическую патологию. Из 19 пролеченных женщин большая часть приходилась на впервые заболевших психическим заболеванием (n=10), из них у 4 пациенток наблюдались только аффективные и тревожные симптомы. Причем 3 пациентки полностью выздоровели и впоследствии в поле зрения психиатров не поступали. Лишь 1 пациентка в последующем наблюдалась с хроническим депрессивным расстройством. Среди впервые заболевших (n=10) послеродовым психозом часто наблюдалась (n=6) клиника острого психотического полиморфного расстройства. У 1 женщины, перенесшей послеродовый психоз с галлюцинаторно-аффективным расстройством, психотическая симптоматика была полностью нивелирована, в последующем к психиатрам не обращалась. У 4 пациенток послеродовый психоз явился дебютом эндогенного заболевания, перешедшего в формирование шизофрении. 1 пациентка с экзогенным галлюцинаторно-депрессивным психозом на фоне умеренной умственной отсталости выздоровела, в дальнейшем продуктивной симптоматики не наблюдалось.

Т а б л и ц а. Краткая характеристика послеродовых психозов у женщин, пролеченных в течение 5 лет в женском отделении ПШБ

Впервые (n=10)	Выраженные депрессивные расстройства		Аффективные расстройства с галлюцинозными-бредовой симптоматикой	
	Исход		Исход	
	Выздоровление (n=3)	Хроническая депрессия (n=1)	Выздоровление (n=2)	Дебют шизофрении (n=4)
Наличие психопатологии в анамнезе (n=9)	Выраженные аффективные расстройства в структуре БАР (n=2). Выраженная депрессия (n=1). Выраженный маниакальный синдром (n=1)		Послеродовые психозы с выраженной аффективной и галлюцинозными-бредовой симптоматикой (n=7), из них: Послеродовый психоз дважды после рождения обоих детей (n=1) Психоз во время беременности и после родов (n=1) Психоз однократно (n=5)	

Из группы пациенток с имевшейся до родов психической патологией (n=8) 3 женщины наблюдались с биполярным аффективным расстройством; у 2 из них развилась психотическая депрессия, 1 пациентка с БАР лечилась в стационаре с выраженным маниакальным синдромом. 5 пациенток состояли на психиатрическом учете с диагнозом шизофрении, в том числе одна 34-летняя пациентка перенесла психотический эпизод во время беременности, после родов заболевание у неё обострилось с развитием клинической картины послеродового психоза. Кроме того, наблюдалась пациентка с шизофренией, перенесшая послеродовый психоз дважды – после рождения обоих детей. У 3 пациенток послеродовый психоз сопровождался галлюцинозными-аффективной симптоматикой. Лечение (антидепрессанты и нейролептики) проводилось в среднем 35-45 дней до устранения выраженных продуктивных симптомов. Всем оказывалась психолого-психотерапевтическая помощь по профилактике постпсихотических аффективных расстройств, суицидальности, активного и пассивного инфантицида. После выписки женщины длительно (не менее полугода) получали антидепрессанты амбулаторно.

Выводы. Проблема лечения послеродовых психических расстройств значима в плане сохранения репродуктивной функции женщины и определяет профилактическую направленность по снижению аффективных нарушений в послеродовом периоде. У беременных женщин с психическими расстройствами при родах имеются показания для использования кесарева сечения, что в ряде случаев приводило к предупреждению развития послеродовых психозов.

Список использованной литературы

1. Жук Т.П., Дудаль Л.В. Особенности проявлений и лечения послеродовых психозов. Медицина и экология. 2014. № 2 (71). С. 17-19.
2. Корнетов Н.А. Послеродовая депрессия – центральная проблема охраны психического здоровья раннего материнства. Бюллетень сибирской медицины. 2015. Т.14, № 6. С. 5-24.
3. Ушкалова Е.А., Ушкалова А.В., Шифман Е.М. Лечение психических болезней в период беременности и лактации : учебное пособие. М. : Инфра-М, 2016. 283 с.

Клинические и электрофизиологические проявления при невротических (истерических) депрессиях, формирующихся у лиц с резидуальной органической недостаточностью головного мозга

Обеснюк В.В., Обеснюк О.А.

**Кузбасская клиническая психиатрическая больница,
Кемерово**

Проблема коморбидности психиатрической патологии, особенно пограничной, по мере накопления научных и практических знаний приобретает всё большую актуальность. В последние годы изучению этого вопроса уделяется немало внимания. Особая роль принадлежит исследованиям А.С. Боброва, который в своих работах подчеркивает широкую распространенность аффективных нарушений и различной психической патологии, в том числе и истерической. Резидуально-органическая почва придает депрессии мрачный, иногда даже злобный характер, что феноменологически сближает эти расстройства с посттравматическими, дисфорическими состояниями. Дифференциальная диагностики психогенных и органических симптомов чаще всего затрудняется молодым возрастом больных, динамичностью органических и психогенных симптомов. По Г.М. Дюковой и др. (2003), психогенные неврологические симптомы формируются в зонах, где выявляется органический дефект. По мнению других авторов (Мартынов Ю.С., Малков Г.Ф., 1986; Aring C.D., 1965; Herman M.N., Sandok B.A., 1967), истерические расстройства обуславливаются патологическими изменениями в определенных мозговых структурах. В мозге существуют зоны, ответственные за реализацию поведения в условиях конфликтной ситуации, их анатомической базой являются орбитофронтальная и цингулярная кора, стриарные и таламические системы.

Цель исследования: изучение клинических и электрофизиологических особенностей у пациентов с проявлениями невротической (истерической) депрессии на фоне резидуальной органической недостаточности головного мозга.

Критериями отбора больных явилось наличие у них аффективных нарушений в виде депрессивных и субдепрессивных проявлений, соответствие нозологических состояний (по критериям МКБ-10) разделам F44 и F60.4. Все пациенты еще до развития невротических и психопатоподобных (истериформных) состояний имели экзогенные вредности, которые привели к развитию резидуальной органической недостаточности головного мозга, кодируемой по МКБ-10 как F06.82, F07.2, F07.8.

Материал исследования. Обследовано 106 женщин с истерическими состояниями, формирующимися на фоне резидуальной органической недостаточности головного мозга, поступивших на стационарное лечение в отделение пограничных состояний ГБУЗ КОКПБ.

При изучении данной группы больных выявлено, что в клинике истерических расстройств доминируют истероастенические, истеродистимические и истерофобические расстройства. Помимо ведущих диссоциативных расстройств, депрессивные состояния различной степени выраженности встречались в большинстве (92,5%) случаев.

Клиническая картина депрессий у лиц, страдающих истерическими невротическими расстройствами, отличалась яркостью симптоматики, экспрессией (речедвигательной выразительной подвижностью), непосредственной зависимостью от ситуации. В отличие от витальной депрессии аффективные расстройства, сочетающиеся с истерическим симптомокомплексом, носили стертый характер. Признаки подавленности, тоскливый аффект, явления идеаторной и моторной заторможенности выражены незначительно. Больные стремились к активным социальным контактам, настойчиво и претенциозно излагали многочисленные жалобы, в основе которых всегда лежали внешнеобвиняющие тенденции; всегда хотели вызвать к себе жалость и сочувствие со стороны врача и окружающих. Внешне тоскливый фон настроения сочетался с раздражительностью, недовольством и угрюмостью. Эмоциональные реакции содержали злобность, тревогу в связи с реально сложившимися неблагоприятными обстоятельствами. Аффективные расстройства чаще представлены дистимиями или субдепрессиями. Аффективные реакции были крайне лабильны: рыдания могли мгновенно смениться адекватной беседой с интересующим их лицом; взрыв ярости и агрессии исчезал при появлении посторонних лиц и т.п.

Этим пациентам было проведено ЭЭГ-картирование. Достоинствами клинической ЭЭГ являются объективность, возможность непосредственной регистрации показателей функционального состояния мозга, количественной оценки получаемых результатов, наблюдения в динамике, что необходимо для прогноза заболевания. Большое преимущество этого метода заключается в том, что он не связан с вмешательством в организм обследуемого (Поворинский А.Г., Заболотных В.А., 1987; Жирмунская Е.А., 1991).

Особенности изменений ЭЭГ при патологических процессах в головном мозге и разной их локализации определяются, с одной стороны, степенью изменения мозга в зоне первичного поражения очага, с другой стороны, изменениями в кровообращении мозга, нарушениями ликвороциркуляции, обменных процессов, которые развиваются по-разному в случаях патологии, имеющих различную этиологию, различную скорость развития патологического процесса во времени.

Анализ результатов обследования данной группы больных показал, что на ЭЭГ выявляется разный уровень дисфункции стволовых структур, сопровождающийся усилением восходящих неспецифических активирующих влияний ретикулярной формации, что проявляется на ЭЭГ десинхронизацией. При более сильной дисфункции стволовых структур на ЭЭГ усиливается влияние синхронизирующих систем. Параллельно процессу распространения дисфункции по стволовым структурам в каудальном направлении нарастает степень дисфункции, что выражается на ЭЭГ ростом амплитуды биопотенциалов и проявлением вспышек – 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 24% в центрально-теменных областях, что можно расценивать как отсутствие зональных различий. Максимальная амплитуда до 118 мкВ. Нормированная площадь достигает значений до 669 мкВ/сек. При спектральном анализе регистрируются значения средней спектральной мощности альфа-активности до 91 мкВ/ $\sqrt{\text{Гц}}$ в центральных теменных областях. Максимальная мощность альфа-активности 189 мкВ/ $\sqrt{\text{Гц}}$, пиковая частота 10,0 Гц. Индекс бета-активности до 24%. Максимальная амплитуда достигает 62 мкВ. Нормированная площадь до 507 мкВ/сек в лобно-теменных областях головного мозга. Средняя спектральная мощность 44 мкВ/ $\sqrt{\text{Гц}}$. Максимальная мощность 67 мкВ/ $\sqrt{\text{Гц}}$. Пиковая частота до 16,2 Гц.

Индекс тета-активности до 69%. Максимальная амплитуда до 145 мкв. Нормированная площадь до 1659 мкв/сек в затылочной, левой височной и лобной областях головного мозга. При спектральном анализе средняя мощность тета-активности наиболее выражена в левой лобной области и имеет значения до 334 мкв/ $\sqrt{\text{Гц}}$. Максимальная мощность в этих областях составляет 480 мкв/ $\sqrt{\text{Гц}}$ в лобных отведениях. Пиковая частота от 4,2 до 4,8 Гц. Индекс дельта-активности до 15%. Максимальная амплитуда до 88 мкв наиболее выражена в левой лобной области. Нормированная площадь до 206 мкв/сек. Средняя спектральная мощность на уровне 232 мкв/ $\sqrt{\text{Гц}}$. Максимальная мощность до 390 мкв/ $\sqrt{\text{Гц}}$. Пиковая частота 3,8 Гц.

Данная картина ЭЭГ свидетельствует о наличии умеренных изменений, в основном регуляторного характера, за счет выраженной дисфункции в деятельности структур лимбико-ретикулярного комплекса.

Выводы. Проведенное исследование показало, что депрессивные проявления у пациентов с невротическими (истерическими) депрессиями, формирующимися на фоне резидуальной органической недостаточности головного мозга, отличаются клинической выраженностью симптоматики и представлены, главным образом, дистимиями или субдепрессиями. При электрофизиологическом исследовании выявляются умеренные изменения, в основном регуляторного характера, за счет дисфункции в деятельности структур лимбико-ретикулярного комплекса.

Клинические и нейрофизиологические аспекты аффективных нарушений в период пандемии COVID-19

Обеснюк О.А., Обеснюк В.В., Демко А.А.

**Кузбасская клиническая психиатрическая больница,
Кемерово**

В связи с переходом Кузбасской психиатрической больницы на 14-дневный закрытый режим без выхода из медицинской организации работа отделения для оказания помощи пациентам с непсихотическими психическим расстройствами в результате перепрофилирования коечного фонда была приостановлена, а прием больных осуществлялся врачами отделения амбулаторно на базе поликлиники взрослого диспансерного отделения.

Количество обращений к психотерапевтам за время пандемии в период с апреля по октябрь 2020 г. значительно возросло – в общей сложности было принято 1 959 человек, что было на 22,5% больше, чем за аналогичный период 2019 г. (1 599 человек). Аналогичную тенденцию фиксировали и специалисты в других регионах: численность обращений к психиатрам Санкт-Петербурга за время пандемии выросла на 30%, в Москве – на 28%, в Ульяновской области – на 54,7% (Караваева Т.А., Костюк Г.П., 2021).

Особенности клинической симптоматики, состояние психоэмоциональной сферы больных и их поведенческие реакции позволяли подозревать у данной категории пациентов психогенный характер имеющихся расстройств. В большинстве современных исследований (Смулевич А.Б., 2003; Вертоградова О.П., Петухов В.В., 2005; Краснов В.Н., 2010; Платонов Д.Г., 2011) за последние годы отмечается рост аффективных расстройств и увеличение количества этих состояний в структуре других психических заболеваний.

Воздействие текущей пандемии показало, что COVID-19 основательно повлиял на повседневную эмоциональную жизнь и психическое здоровье людей, повышая уровень стресса в результате постоянно сдвигавшегося на неопределенное время периода самоизоляции, страха заболеть или возникновения и усугубления финансовых сложностей. С началом пандемии многие люди живут под действием страха, беспокойства и паники. Общество пребывает в тревожном страхе неизвестности, особенно в плане отдаленных проявлений пандемии. В СМИ ежедневно появляется огромное количество весьма противоречивой информации, начиная от исследований ученых разных стран и заканчивая фейк-news. Из-за нескончаемого информационного потока люди не могли правильно его дифференцировать, что вызывало возникновение и усиление тревоги и различных депрессивных проявлений.

Аффективные расстройства – психические нарушения, которые характеризуются гипертрофированным выражением естественных для человека эмоций. Об аффективных расстройствах можно говорить лишь в том случае, когда они существенно меняют поведение человека, что в скором времени приводит к его дезадаптации. С клинической точки зрения, аффективные расстройства невротического уровня включают в себя тревожные и депрессивные проявления.

Целью нашего исследования явилось изучение клинических и нейрофизиологических проявлений аффективных нарушений у пациентов, обратившихся за помощью к врачу-психотерапевту в период пандемии COVID-19.

Критериями отбора больных явилось наличие у них аффективных нарушений в виде тревожных и депрессивных проявлений, по нозологической структуре состояния (в соответствии с МКБ-10) представлены четырьмя рубриками: F41, F43, F44, F45.

Материал исследования. Нами было проанализировано 300 амбулаторных карт пациентов, обратившихся за помощью к врачу-психотерапевту в период апрель-октябрь 2020 г., которым в момент обращения было проведено ЭЭГ-исследование.

Всех обратившихся за помощью мы разделили на две группы: 1-я группа (n=56) – пациенты, которые переболели коронавирусной инфекцией, 2-я группа (n=244) – пациенты, не переболевшие COVID-19. По численности преобладали пациенты 2-й группы.

У пациентов 1-й группы тревожные состояния проявлялись в виде страха заразиться, другим видом инфекции. При этом тревога не достигала уровня панических атак или генерализованного тревожного расстройства. Депрессивные проявления характеризовались подавленным или резко сниженным настроением и апатией. Также у всех пациентов присутствовала выраженная церебрастеническая симптоматика. Большинство пациентов 1-й группы жаловались на то, что им стало сложно сосредоточиться, сконцентрироваться или переключить внимание, стало требоваться больше времени, чтобы принять даже пустяковое решение или включиться в работу. Внешне такие пациенты выглядели понурыми, расслабленными, заторможенными. При беседе говорили тихим, едва слышным голосом, жаловались на «резчайшую слабость при малейшей попытке напряжения». Нередко в беседе обнаруживали эмоциональную лабильность. У многих из них аффективные нарушения сопровождались соматоформными проявлениями в виде дыхательной дисфункции. Жалобы пациентов акцентировались на симптомах, характерных для COVID-19 – это ощущение сдавленности в груди, невозможность вдохнуть полной грудью, чувство удушья. При электрофизиологическом исследовании у пациентов 1-й группы выявлялись значительные нарушения микроструктурного и регуляторного характера за счет выраженной дисфункции регулирующих неспецифических структур головного мозга. Степень нарушения оценивалась как значительная и соответствовала группам 12 – 13 согласно классификации типов (паттернов) и групп ЭЭГ Е.А. Жирмунской (1996).

У пациентов 2-й группы значительно чаще встречались тревожные нарушения, депрессивные состояния, страх. Утрата психологического равновесия была вызвана тревожным ожиданием возможных неприятностей, которые могут произойти с ними или их близкими. Это касалось потери работы, утраты близких в результате болезни, невозмож-

ности сохранять привычный ритм жизни, продолжения вынужденной самоизоляции на неопределенное время, возникновения внутрисемейных конфликтов из-за необходимости все время проводить в кругу семьи и невозможности сменить обстановку. Тревога порой достигала уровня панических атак, которые сопровождалась пароксизмальным страхом, тревогой и ощущением внутреннего напряжения в сочетании с комбинацией соматических симптомов – сердцебиением, повышением артериального давления, потливостью, мышечной дрожью, ощущением нехватки воздуха («удушьем»), болью в груди, тошнотой, головокружением, ознобом или приливами жара, а также ощущением нереальности, страхом потери контроля над своими эмоциями, страхом сойти с ума или страхом смерти. У многих развивался перманентный страх за себя и близких, страх, что могут заболеть новой коронавирусной инфекцией, тревожное ожидание новых потерь.

При беседе эмоциональные реакции были яркими и экспрессивными, а иногда неустойчиво-изменчивыми – со всплесками рыданий и безутешного плача, с демонстрацией отчаяния, безнадежности своего состояния. В ходе беседы такие больные находились в постоянном беспокойстве и движении, часто вставая со своего места, громким голосом излагали жалобы, легко «взрывались» при возражениях со стороны сопровождающих их родственников, энергично и оживленно жестикулировали. Ухудшение социального статуса и напряженные межличностные отношения вызывали у ряда пациентов возникновение декомпенсаций, «срывов»: в эмоциональной сфере создавалась повышенная готовность к нарастающим депрессивным переживаниям с демонстрацией суицидальных намерений.

При электрофизиологическом исследовании степень нарушения ЭЭГ умеренная и соответствовала группам 5-6, характерным для нарушения структур лимбико-ретикулярного комплекса.

Выводы. Проведенное исследование показало, что клинические проявления аффективных нарушений в период пандемии, несмотря на общую схожесть признаков тревожно-депрессивной симптоматики у пациентов, переболевших новой коронавирусной инфекцией, и пациентов, еще не перенесших COVID-19, различаются по степени выраженности тревожных и депрессивных синдромов. При электрофизиологическом исследовании функционального состояния головного мозга также наблюдается существенное различие в виде степени нарушения со стороны регулирующих неспецифических структур мозга и ретикулярной системы.

Последовательность и единство оказания лечебно-профилактической помощи: принципы организации работы Беловского психоневрологического диспансера в условиях коронавирусной инфекции

Орлянская Н.Н., Самаковская О.А.

Беловский психоневрологический диспансер, Белово

Для оказания амбулаторной психиатрической и наркологической помощи населению городов Белово, Гурьевска, Салаира и Беловского района в 1976 г. был открыт психоневрологический диспансер, которому конце текущего года исполнится 45 лет. Сегодня структурные отделения ГБУЗ «Беловский психоневрологический диспансер (далее – ГБУЗ БПНД)» расположены как в центральной части города, так и в пгт Новый Городок, микрорайоне Бабанаково. Радиус обслуживания составляет 5–50 км, от ближних до самых удаленных четырех поселков городского типа и четырех микрорайонов, из которых состоит город. Развитая транспортная сеть позволяет всем нуждающимся получить специализированную помощь по профилям «психиатрия», «психиатрия-наркология».

2020 г. был ознаменован глобальным распространением новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Ранее неизвестное заболевание поставило перед всеми специалистами здравоохранения новые задачи, связанные с ранним выявлением, профилактикой, диагностикой и оказанием медицинской помощи пациентам с проблемами психического здоровья. Кадровый потенциал ГБУЗ БПНД к марту 2020 г. был представлен 66 квалифицированными специалистами, из них 11 врачей, 35 медицинских сестер, 20 человек – младший медицинский персонал.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь оказывается гражданам, страдающим психическими расстройствами и расстройствами поведения (F00-F99) на принципах преемственности, приближенности и доступности, предусматривая максимальную защиту персонала и пациентов от заражения новой коронавирусной инфекцией.

Эпидемиологическая безопасность в период новой коронавирусной инфекции обеспечена разработкой официальных документов: план обеспечения эпидемиологической безопасности в ГБУЗ БПН, оперативный план по локализации очага при выявлении подозрения на COVID-19 в диспансерном отделении и стационаре; приказы о противоэпидемических мерах: соблюдение температурного режима и режи-

ма проветривания, текущей и дополнительной дезинфекции, кратность проведения обеззараживания воздуха и поверхностей в помещениях и др.; журналы инструктажей (еженедельных) для медицинского и немедицинского персонала; проверочные чек-листы оценки соблюдения правил гигиены рук медицинского персонала; образцы опросных листов для сбора эпидемиологического анамнеза.

В связи с резким ухудшением эпидемиологической ситуации приобрели особое значение вопросы обновленной стандартизации медицинских услуг, поэтому было дополнительно разработано методическое обеспечение (СОПы и алгоритмы): использование медперсоналом средств индивидуальной защиты; порядок взятия и транспортировки биоматериала на COVID-19; проведение пульсоксиметрии; обработка автотранспорта; проведение текущей дезинфекции в условиях работы новой короанвирусной инфекции; передача клинической ответственности при смене дежурств; алгоритм учета допуска сотрудника к работе, подтверждающего отсутствие признаков респираторной инфекции и неблагоприятного эпидемиологического анамнеза; алгоритм работы медицинского персонала с пациентом, подозрительным на новую коронавирусную инфекцию в изоляторе и др.

В деятельности ГБУЗ БПНД в условиях распространения новой коронавирусной инфекции сохранены два этапа оказания помощи больным психиатрического профиля: 1) догоспитальный, осуществляемый в амбулаторных условиях врачами-психиатрами участковыми во взаимодействии с медицинскими психологами, специалистом по социальной работе и социальными работникам; 2) стационарный – для этого развернуто 35 коек психиатрического профиля, отделение лечебно-диагностическое на 35 коек, в том числе изолятор на 10 коек.

Особенности работы амбулаторной службы: так как была приостановлена плановая медицинская помощь, осуществлялось только оказание медицинской помощи по профилю «психиатрия» по неотложным показаниям в момент обращения; организованы осмотры на дому, включая пациентов 65 лет и старше, страдающих сопутствующими хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой, бронхолегочной, эндокринной систем. Проведена широкая информационно-разъяснительная работа среди населения о максимальном медицинском обслуживании пациентов на дому и контактных номерах телефонов; введена предварительная запись на платные услуги (выделено 3 телефонных линии); продолжена работа по психиатрическому освидетельствованию граждан, а также медицинские осмотры граждан, работающих во вредных и опасных условиях труда.

В условиях введения ограничительных мероприятий, связанных с новой коронавирусной инфекцией, и обеспечения эпидемиологического благополучия населения в ГБУЗ БПНД была усилена работа по оказанию медико-социальных услуг на дому. Разработана и реализована система эффективных способов соблюдения безопасности сотрудников при осуществлении контактных форм медико-социального сопровождения. Выполнено медико-социальной службой 526 посещений на дому совместно с врачом-психиатром участковым; заполнены 553 карты социального статуса пациентов; обеспечены лекарственными препаратами 403 человека; 423 рецептурных бланков доставлены пациентам на дом.

С целью максимальной мобилизации всех городских ресурсов активно использовался потенциал интегрированного межведомственного взаимодействия социальной службы ГБУЗ БПНД с управлением опеки и попечительства администрации Беловского городского округа, комитетом социальной защиты населения Беловского городского округа, МБУ «Центр социального обслуживания», ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Кемеровской области», управлением Федеральной миграционной службы по г. Белово.

В этот сложный период с целью устранения дефицита площадей для приема пациентов в максимально короткие сроки удалось провести ремонт помещений диспансерного отделения и организовать прием детско-подросткового контингента отдельно от взрослого населения.

В течение 6 месяцев 2020 г. сотрудники отделений работали в режиме изоляции с непрерывной продолжительностью смены 14 дней. Для предотвращения распространения и заноса COVID-19 в отделения приостановлены плановая госпитализация в психиатрическое и наркологическое отделения, работа дневных стационаров, физиотерапевтического кабинета, кабинета функциональной диагностики; проведено зонирование площадей внутри здания; отменены свидания с родственниками; проводились обязательные мероприятия по забору биоматериала для лабораторного исследования на COVID-19 сотрудников и пациентов; организован строгий контроль за соблюдением санитарно-противоэпидемических мероприятий; разработаны соответствующие Положения по оплате труда, организации питания в стационаре.

В нозологической структуре поступивших на лечение в психиатрическое отделение за период работы в режиме изоляции с непрерывной 14-дневной продолжительностью смены преобладали (78%) пациенты с органическими психическими расстройствами и шизофренией, 16% приходилось на пациентов с непсихотическими органическими расстройствами, 6% – на пациентов с умственной отсталостью.

Немаловажным аспектом в деятельности ГБУЗ БПНД в условиях новой коронавирусной инфекции являлось функциональное взаимодействие с медицинскими организациями: с бригадами станций (подстанций) и отделениями скорой медицинской помощи осуществлялось в ежедневном режиме (кроме субботы и воскресенья) посредством обмена информацией обслуженных вызовов бригадами ССМП к больным психиатрического профиля; консультирование врачами-психиатрами в соматических стационарах г. Белово и Беловского района. С целью повышения образовательного уровня медицинских работников по вопросам профилактики, диагностики и лечения COVID-19 активно использовался модернизированный портал непрерывного медицинского образования Минздрава России: в течение марта-декабря 2020 г. медицинскими работниками ГБУЗ БПНД получено 718 сертификатов, 43 специалиста прошли дополнительное обучение в объеме 36 часов. Комплекс профилактических мероприятий в период пандемии COVID-19 позволил обеспечить стабильную работу медицинской организации и сохранить единый кадровый потенциал.

Оказание медицинской помощи в диспансерном отделении пациентам от 60 лет и старше с непсихотическими психическими расстройствами

Правилова Н.С., Телегина Н.Ю., Орлянская Н.Н.

Беловский психоневрологический диспансер, Белово

Старение населения является одной из важнейших проблем, которая приобретает в настоящее время огромное значение для экономической и социальной политики. В современном российском обществе имеет место тенденция демографического старения населения. Рост распространенности психических расстройств у лиц разных возрастных групп населения связан с увеличением средней продолжительности жизни и ростом доли престарелых и пожилых в общем населении (прогрессирующее «старение» популяции).

Проблемы старения затрагивают три наиболее важных аспекта: 1) *социальные*, включающие: прекращение профессиональной деятельности; изменение экономического положения; изменение социального статуса; нарушение первичных социальных связей, сужение круга общения; изменение положения в семье; появление зависимости от окружения, в том числе семейного и др.; 2) *медицинские*: в рамках теории старения изнашивание организма, которое ведёт к снижению функций

органов и систем: ухудшение зрения, снижение слуха, изменение вкусовых ощущений, изменение обоняния, изменение тактильной функции, нарушение осанки, наличие нескольких хронических заболеваний и необходимость принимать значительное количество лекарственных препаратов; 3) *психологические*, к которым можно отнести часто возникающее чувство одиночества; разочарование в жизни; чувство безысходности, вплоть до нежелания дальнейшего существования; снижение самооценки; чувство собственной ненужности; снижение настроения, тревожные опасения смерти.

Все перечисленные проблемы в комплексе вызывают у пожилых людей желание возврата в прошлое и отсутствие планов на будущее.

Непсихотические психические расстройства у лиц пожилого возраста встречаются часто, среди них преобладают невротические. Это группа психогенно обусловленных болезненных состояний, характеризующихся многообразными клиническими проявлениями, но объединенных 3 основными признаками. Все они относятся к функциональным видам расстройств, имеют невротический уровень проявления, то есть пациент, независимо от тяжести состояния, не утрачивает контакта с реальной действительностью, расстройство имеет четкую временную связь с провоцирующим заболеванием фактором.

Амбулаторно-поликлиническая помощь лицам пожилого возраста приобретает первостепенное значение в медицинском обеспечении населения, являясь не только ведущим звеном, но и основным элементом в системе организации первичной медико-санитарной помощи. Общая численность населения, обслуживаемого ГБУЗ БПНД, составляла: 2018 г. – 168882 чел., 2019 г. – 167140 чел., в 2020 г. – 165888 чел.

В группе консультативного наблюдения ГБУЗ БПНД среди лиц пожилого возраста большинство (89%) приходится на пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, из них 60% с невротическими расстройствами (F40-48). Наблюдение пациентов старше 60 лет показало, что многие пожилые лица находятся в кризисном состоянии утраты и разлуки, а ведущими причинами обращения за медицинской помощью являлись развод, смерть близкого человека, одинокое проживание без поддержки близких.

Работа со старшим возрастным контингентом в ГБУЗ БПНД организована на основе комплексного медицинского и социального взаимодействия специалистов. В организации медицинской помощи данному контингенту выделены ведущие этапы: прием участковым врачом-психиатром пациента в отделении, посещение пациента на дому, что позволяет определить стандарт ведения и курации пациентов в рамках комплексного обследования.

Алгоритм курации включает определение наличия непсихотических психических расстройств, динамическое и консультативное наблюдение, организация амбулаторного лечения, привлечение для консультативной и лечебной работы специалистов по проблемам соматической и неврологической патологии, свойственной пациентам пожилого возраста, решение вопросов социально-психологической помощи, при необходимости направление пациентов в дневной стационар (стационар на дому) с проведением активной терапии и реабилитационных мероприятий, или по показаниям в психиатрическое отделение.

Важный раздел работы – посещение пациентов на дому, в этой части следует отметить специально предназначенную форму ведения пациентов пожилого возраста – телефонное патронирование. Сама возможность общения с врачом по телефону является благоприятным для пациента фактором. Ощущение заботливого и искреннего отношения к себе особенно важно для лиц с тревожными переживаниями, различного рода сомнениями, неуверенностью в правильности лекарственных назначений и др. К их числу относятся больные с повышенной вероятностью рецидива заболевания; пациенты, которым назначаются новые препараты или временно увеличивается их дозировка, что связано с повышением риска возникновения лекарственных осложнений; пациенты, испытывающие трудность в самостоятельном передвижении; пациенты с тяжелой соматической патологией, одиноко проживающие; пациенты, проживающие в условиях внутрисемейных конфликтов.

Терапевтическая тактика со стороны социальных работников и врачей-психиатров ГБУЗ БПНД включает психотерапевтические методы (рациональную, поведенческую, семейную психотерапию) и социальную помощь, направленную на стимуляцию социальной активности. Специалист по социальной работе оказывает и организует материально-бытовую помощь и моральную поддержку лицам пожилого возраста с непсихотическими психическими расстройствами, консультирует по вопросам получения дополнительных льгот (льготное лекарственное обеспечение, денежные компенсации, налоговые льготы, бесплатная лечебно-профилактическая помощь и пр.) и оказывает помощь по оформлению социальных выплат.

Работа врача-психотерапевта: проводимая психотерапия предусматривает эмпатическое понимание врачом психологических особенностей стареющих людей, их проблем и трудных ситуаций, осознание ценности человеческого существования. Специфика работы психотерапевта с пожилыми пациентами определяется ограничением целей проводимой психотерапии, предполагающих не тотальную перестрой-

ку личности, а адаптацию пациентов к изменившейся жизненной ситуации, изменение способов реагирования, повышение самооценки, возможностей самоутверждения и определение жизненного вектора на будущее. Чтобы достичь максимального эффекта, психотерапевт рекомендует дополнять медикаментозное лечение рациональной, когнитивной психотерапией.

Работа юриста направлена на обеспечение защиты прав и законных интересов лиц старше 60 лет. Оказывает консультативную юридическую помощь пациентам и их родственникам, ведет постоянную информационно-просветительную работу по социально-правовым вопросам с пациентами, устанавливает и поддерживает контакты с организациями, защищающими права и интересы граждан.

Работа медицинского психолога: для выявления психопатологического синдрома проводится первичная ознакомительная беседа с использованием проективных рисуночных методик (Дом-Дерево-Человек. Моя семья и т.д.). Выполняется диагностика индивидуально-личностных характеристик (тесты НЧЛ, Леонарда-Шмишека, ТАТ, Роршаха). Реабилитационные методики (релаксация, аэробика для мозга (кинестетические упражнения), арттерапия, ароматерапия, восстановления образа «Я», коррекция межличностных отношений, возвращение социального статуса, медитация.

Клинический пример

Пациентка К., 62 лет, обратилась по направлению врача из общесоматической сети с жалобами на нарушения сна (плохо засыпает, только после двух часов ночи), днем вялая, сонливая, ощущает тревогу, страх за свою жизнь (боится заразиться коронавирусом), снижение настроения, приступы «бегания мурашек», ощущение «комка в горле».

Наследственный анамнез отягощен суицидом отца и брата. Отец и два брата были художниками. Средняя сестра наблюдается у врача-психиатра с тревожно-депрессивным синдромом. Родилась младшей из 6 детей. Раннее развитие без особенностей, соответствует возрасту. Посещала ДДУ, адаптировалась хорошо, любила быть лидером. В школу пошла в 7 лет, училась хорошо, после смерти отца училась в интернате, так как мать постоянно работала. Была первой в учебе, всегда лидировала. В 6-м классе стала учиться в обычной школе. Окончила 10 классов, поступила в Новокузнецкий педагогический институт, вскоре забрала документы и вернулась в Белово, устроилась лаборанткой на завод. Является инвалидом III группы (операция по поводу грыжи позвоночника). Была замужем дважды. После последнего развода тяжело переживала. Посещала психотерапевта, проводилось медикаментозное лечение, получала положительный эффект. Своих детей нет, привязана к племянникам. Не работает. В течение последних нескольких месяцев на фоне субъективно значимых напряженных жизненных ситуаций появились жалобы на плохое самочувствие.

Неврологический статус: глазные щели равны. ЧМН б/о. Лицо симметрично. Сухожильные рефлексы живые, равны. Чувствительность не нарушена. Координаторные пробы выполняет.

Психический статус: сознание ясное. Ориентирована во всех видах ориентировки. Настроение неустойчивое, внешне напряжена, тревожна. Во время беседы несколько демонстративна. Часто появляются слезы на глазах, жалуется, что «перехватывает дыхание», «комоч в горле». Мышление в обычном темпе. Суицидальные мысли отрицает. Наличие расстройств восприятия отрицает. Бреда не высказывает. Просит помощи.

При оказании медицинской помощи применялось медикаментозное лечение, проводились сессии с психотерапевтом и медицинским психологом. В результате комплексного лечения была купирована тревожно-депрессивная симптоматика, настроение стало стабильным, восстановился сон. Пациентка довольна, строит планы на будущее, записалась в клуб «за 60 лет», возобновила хобби (вышивание).

В приведенном клиническом примере показана эффективность комплексной реабилитации и психолого-психотерапевтического сопровождения в коррекции психологического старения и расширении социальной компетенции.

Результаты функциональной диагностики акустических стволовых вызванных потенциалов при детском аутизме

Пустовая А.В.^{1, 2}, Чельшева Л.В.³

**¹ Национальный исследовательский
Томский государственный университет, Томск**

**² Психолого-дефектологический центр «Мир семьи»,
Новосибирск**

**³ Центр образования детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи «Кругозор»
Новосибирск**

Введение. Регистрация акустических стволовых вызванных потенциалов (АСВП) относится к методам исследования функционального состояния головного мозга, отражает наличие дисфункции стволовых структур, в частности проводящих слуховых путей ствола головного мозга, и может быть использована в клинической практике для больных с когнитивными нарушениями, не требуя их активного участия, не зависит от степени мотивации, наличия эмоционально-личностных

нарушений в отличие от традиционного исследования при помощи шкал и тестов [1, 2]. Исследование проводится для диагностики нарушений слухового восприятия у детей с тугоухостью, аутистическими синдромами, при аномалиях развития мозга [4].

Цель: анализ результатов АСВП у детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) для составления персонализированных психокоррекционных программ с учетом уровня функционирования головного мозга детей.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 48 детей с диагнозами по МКБ-10 F84.0, F84.1, F84.5, средний возраст составил $6,82 \pm 2,64$ года. Регистрация АСВП проводилась врачом функциональной диагностики в ЧОУ «Кругозор» (Новосибирск) в период проведения с детьми психокоррекционной работы на базе Психолого-дефектологического центра «Мир семьи» (Новосибирск). Показанием для проведения исследования стали жалобы родителей на отсутствие у детей адекватной реакции на обращенную речь. Родители выразили добровольное согласие на участие своих детей в исследовании.

Результаты. Анализ результатов АСВП выявил особенности функционирования головного мозга детей с РАС.

Периферическая часть (периферические рецепторы и проводниковый отдел) слухового анализатора. При оценке функции ствола вовлечение ствола мозга не обнаружено у 54% детей, у 46% – умеренное вовлечение ствола мозга. При оценке функции мозжечка (автоматизация мышления и речи, координация движений) не обнаружено вовлечение мозжечка у 63% детей, у 37% – умеренное вовлечение мозжечка.

Центральная часть (корковый отдел) слухового анализатора; оценка эффективности комплексной психолого-психотерапевтической помощи пожилым людям в процессе восстановления. При оценке функции медиальных коленчатых тел (подкорковый центр речи) не обнаружено вовлечения медиальных коленчатых тел у 34% детей, у 66% – незначительное вовлечение медиальных коленчатых тел (фонематическое восприятие нарушено).

В целом почти у половины обследованных детей с РАС выявлено умеренное вовлечение ствола, мозжечка и медиальных коленчатых тел в дисфункции головного мозга. При этом у детей проявлялись особенности восприятия слуховой информации, концентрации внимания, усвоения новой информации, поведения, речевых нарушений. В зависимости от уровня функционирования структур головного мозга в психокоррекционные программы для детей были включены занятия по развитию речи, различных форм внимания и восприятия, памяти, нейропсихологические занятия [3].

Выводы. Выявленные особенности акустических стволовых вызванных потенциалов, отражающие дисфункциональное состояние головного мозга у детей с расстройствами аутистического спектра, использованы для разработки персонализированных психокоррекционных программ.

Список использованной литературы

1. Боричева Д.О., Тибеккина Л.М., Александров А.А. Акустические стволовые и когнитивные вызванные потенциалы при хроническом нарушении мозгового кровообращения. Российский физиологический журнал им. И.М. Сеченова. 2019. № 105 (3). С. 284-294. doi: 10.1134/S0869813919030026
2. Гресс В.В. Обзор применения акустических стволовых вызванных потенциалов в современной клинической практике. Политехнический молодежный журнал. 2019. № 7 (36). С. 1-16. doi: 10.18698/2541-8009-2019-7-497
3. Пустовая А.В., Пустовая Е.Н., Гуткевич Е.В. Развитие коммуникативных навыков у детей с расстройствами аутистического спектра с применением метода «личный букварь». Новые вызовы неопределенности: Материалы Всероссийской научно-практической конференции. Новосибирск : ИПЦ НГУ, 2020. С. 86-89.
4. Скворцов И.А. Иллюстрированная неврология развития. М.: МЕДпресс-информ, 2014. 352 с.

Эффективность антидепрессантов с разным механизмом действия в отношении базисных симптомов депрессивных расстройств

Рощина О.В.

НИИ психического здоровья ТНИМЦ, Томск

Актуальность. Традиционно считается, что в основе патогенеза аффективных расстройств лежит нарушение функции серотонинергической системы, в частности её рецепторов (Сиволап Ю.П., 2017). В то же время далеко не все симптомы депрессии можно объяснить нарушением только серотонинергической нейротрансмиссии. Например, показана роль дофаминергической системы в формировании ангедонии – одного из ключевых симптомов большого депрессивного расстройства (Belujon P., Grace A.A., 2017), мелатонина при сезонном течении расстройства настроения (Симуткин Г.Г., 2015). Вместе с тем модель развития атипичной депрессивной симптоматики до сих пор остается дискутабельной (Park L.T. et al., 2020).

Таким образом, есть основания предполагать, что антидепрессанты с механизмом действия, отличным от СИОЗС, например, хронобиотическим (агомелатин) или полимодальным (вортиоксетин), могут оказаться более эффективны в отношении базисных симптомов депрессии.

Цель: сравнение эффективности антидепрессивной терапии с использованием СИОЗС и препаратов с хронобиотическим (агомелатин) или мультимодальным (вортиоксетин) механизмом действия при терапии депрессивных расстройств.

Материалы и методы. Исследование выполнено в отделении аффективных состояний НИИ психического здоровья Томского НИМЦ в рамках темы ПНИ 0421-2020-0013: Разработка персонализированной терапии аффективных и невротических расстройств с учетом клинико-динамических характеристик и предикторов её эффективности (Протокол ЛЭКа № 126 от 21 ноября 2019 г., Дело № 126/7.2019), согласно протоколу, утвержденному ЛЭК НИИ психического здоровья (Дело № 129/6.2020). Обследовано 26 пациентов в возрасте от 18 до 63 лет с диагнозами, отвечающими диагностическим критериям депрессивно-го эпизода (F31, F32, F33) или дистимии (F34.1), подписавших форму информированного согласия.

Было сформировано 2 исследовательские группы: пациенты, получающие терапию СИОЗС (n=13) и пациенты, получающие терапию антидепрессантами с хронобиотическим (агомелатин) или полимодальным механизмом действия (n=13). Группы были сопоставимы по полу и диагностической структуре ($p > 0,05$, критерий хи-квадрат), но различались по возрасту ($p = 0,048$, критерий Манна-Уитни) (табл. 1).

Т а б л и ц а 1. Характеристики исследуемых групп

Исследуемая характеристика	Группа СИОЗС (n=13)	Группа агомелатина вортиоксетина (n=13)
Возраст	44 (33 49,5) года	56 (34,5 60,5) лет
Пол	Женщины – 76,9% (n=10) Мужчины – 23,1% (n=3)	Женщины 69,2% (n=9) Мужчины 30,8% (n=4)
Диагноз	F31 – 15,4% (n=2) F32 – 38,5% (n=5) F33.1 – 15,4% (n=2) F34.1 – 30,8% (n=4)	F31 – 7,7% (n=1) F32 – 23,1% (n=3) F33.1 – 30,8% (n=4) F34.1 – 38,5% (n=5)
Используемые в терапии антидепрессанты	Сертралин 100 мг/сут 46,2% (n=6) Флувоксамин 100 мг/сут 23,1% (n=3) Эсциталопрам 10 мг/сут 15,4% (n=2) Флуоксетин 20 мг/сут 15,4% (n=2)	Агомелатин 25 мг/сут 46,2% (n=6) Вортиоксетин 20 мг/сут 53,8% (n=7)

Клинико-динамическая оценка эффективности антидепрессивной терапии проводилась с применением стандартных психометрических инструментов: структурированного интервью для шкалы оценки депрессии Гамильтона, для сезонных аффективных расстройств (SIGH-SAD) (Williams J. et al., 1992); шкалы ангедонии Снайта–Гамильтона (Snaith et al., 1995), модифицированной для клинических исследований (SHAPS-C) (Ameli et al., 2014), при поступлении и через 4 недели терапии. Количественные данные в обследуемой выборке, не соответствующие нормальному закону распределения (критерий Шапиро–Уилка), представлены в виде медианы, нижнего и верхнего квартилей Me (Q1; Q3). При проверке нулевой гипотезы критический уровень значимости принят $p=0,05$.

Результаты и обсуждение. При поступлении пациентов в отделение и выраженность типичных, атипичных депрессивных симптомов и ангедонии в исследуемых группах была сопоставимой ($p>0,05$, критерий Манна–Уитни). Для количественной оценки степени редуцирования симптоматики была введена переменная, оценивающая разность баллов по шкале при поступлении и выписке (табл. 2).

Анализ полученных результатов не показал статистически значимых различий по снижению выраженности базисных симптомов депрессии в зависимости от механизма действия антидепрессанта, используемого в терапии аффективного расстройства ($p>0,05$, критерий Манна-Уитни).

Т а б л и ц а 2. Снижение выраженности базисных симптомов депрессии в динамике психофармакотерапии

Разность баллов по шкале		Группа СИОЗС (n=13)	Группа агомелатина и вортиоксетина (n=13)	p (критерий Манна–Уитни)
SIGH-SAD	Типичные депрессивные симптомы	15 (12; 18)	16 (12; 21)	0,661
	Атипичные депрессивные симптомы	5 (4; 7,5)	4 (2,25; 5,75)	0,083
	Общий балл	23 (15; 26,5)	21 (15; 25)	0,661
SHAPS-C		2 (-5; 6,5)	4,5 (0,5; 8,75)	0,339

Выводы. В результате проведенного исследования не было выявлено преимуществ антидепрессантов с хронобиотическим (агомелатин) или полимодальным механизмом действия перед препаратами СИОЗС в отношении базисных симптомов депрессии (типичной, атипичной депрессивной симптоматики и ангедонии).

Таким образом, при подборе антидепрессивной терапии необходимо применять индивидуальный подход к каждому клиническому случаю, основанный на оценке не только на оценке преобладающих клинических симптомов, но и на тщательном изучении соматоневрологического статуса пациента, с учетом характера сопутствующей терапии и её совместимости с назначаемым психофармакологическим лечением, индивидуальных особенностей переносимости антидепрессивной терапии у соответствующих пациентов.

Разработка информационных стандартов для детско-подросткового контингента о коронавирусе (из опыта работы Телефона Доверия)

**Рублева О.П., Лопатин А.А., Миглевская Т.Н.,
Суховольская А.С., Вострых Д.В.**

**Кузбасский клинический наркологический диспансер,
Кемерово**

Сложное время энергичного противостояния новой коронавирусной инфекции осложняется необходимостью противодействия сопровождающей её пандемии тревоги и страха, охватывающей все возрастные группы населения – от взрослых до детей. Исследования в области психонейроиммунологии показывают, что повышенная тревожность – один из важных факторов, который, как объективно доказано, влияет на работу иммунной системы. Чем сильнее тревога, тем ниже защита от инфекций [1]. Поэтому вместо того чтобы сразу же бросаться покупать какой-нибудь из новомодных рекламируемых успокоительных препаратов с недоказанной эффективностью, не имея к тому же рекомендации врача, стоит начать с того, чтобы поговорить с ребенком о том, что его тревожит. Опыт консультирования абонентов Телефона Доверия показывает, что это безошибочно работает. Дети – «народ» внимательный, умалчивать или обходиться общими фразами в ответ на их вопросы не выйдет: мы живем в насыщенном информацией пространстве [2], где о коронавирусе говорится повсюду (телевидение, интернете, соцсети), сталкиваются с изменениями в привычном ритме жизни и учебы. В детском саду, по словам одной из наших абоненток, уже играют в «вирусные пятнашки», кого запятнали – тот заражен. Дети постарше читают сами и делают собственные выводы. Какими эти выводы будут, во многом зависит и от окружающих их взрослых.

Получаемая из различных источников информация не всегда является достоверной. Интернет и социальные сети буквально «кишат» мифами. Поток сомнительной информации ребенок со всей своей детской наивностью и непосредственностью воспринимает за «чистую монету». И хотя большинство детей не особенно понимают, что происходит вокруг них на самом деле, и не знают, насколько серьезно стоит относиться к инфекции – она уже влияет на их повседневную жизнь. Один период «удаленной» учебы чего стоит! На тревожную ситуацию вокруг каждый ребенок реагирует по-своему: одни шутят и радуются, ошибочно воспринимая «удаленную» учебу как дополнительные каникулы, другие волнуются – не заболеют ли они сами или не умрет ли их бабушка, третьи тревожатся – как они будут сдавать выпускные экзамены. Один ребенок стал более капризным, другой – слишком активным, третий – замкнулся. Однако каждому из них нужны поддержка и разъяснения. Как говорить? Общие правила для всех.

1. Если вы замечаете изменения в состоянии ребенка или у него возникли вопросы, очень важно не отмахиваться от него самого и от его вопросов! Уделите ребенку время, поговорите с ним, узнайте, что его тревожит, ответьте на его вопросы, предоставьте ему достоверную, конкретную и соответствующую его возрасту информацию.

2. Преодолейте свои страхи. Чтобы помочь детям справиться со страхами, мы должны, прежде всего, уметь управлять собственными эмоциями. И, хотя это естественно – остро реагировать на опасность, которую не получается контролировать, но излишняя тревога в доме только мешает. Когда взрослый человек сильно встревожен – ребенок это чувствует. Если в таком состоянии начать разговор с ребенком, может произойти мощный эффект генерализации тревоги, тем самым можно спровоцировать ухудшение состояния ребенка.

3. Не идите на поводу страхов ребенка. Не позволяйте ребенку запереться в доме без необходимости, пропускать занятия, секции или везде (не только в местах массового скопления народа) ходить в маске. Если позволить ребенку «спрятаться» от страхов – тревожность не снизится. Наоборот, взрослые подобным образом будут невольно транслировать насколько вокруг опасно. Лучше спросите, чего ребенок боится? Что он знает о вирусе, что он слышал про него?

4. Подготовьтесь к разговору. Прежде чем говорить с детьми, почитайте информацию из авторитетных источников. Не начинайте разговаривать с ребенком, не ответив на свои собственные вопросы. Не стоит просто цитировать социальные сети. Постарайтесь глубже изучить проблему, тогда вам удастся ответить на любой самый каверзный и неожиданный вопрос ребенка.

5. Составьте план разговора. Очень важно построить разговор таким образом, чтобы ребенок понял и почувствовал вашу заботу о нем. Поэтому стоит начать с разъяснения того, что вы делаете и будете делать все, чтобы ребенок был в безопасности. Предложите правдивую, но ограниченную информацию. Пообещайте держать в курсе и рассказывать важные новости [3]. Затем перейдите «от вируса» к чувствам и переживаниям самого ребенка. Хотя коронавирусная инфекция – это, конечно, не грипп, сходство можно использовать в разговоре: напомните ребенку, когда он болел, или как болели взрослые. Как и грипп, подавляющее большинство случаев коронавируса протекает легко или умеренно, особенно для детей. Можно объяснить, что если ребенок действительно заболит, то некоторое время будет чувствовать себя не очень хорошо, но потом станет лучше, и все пройдет.

6. Введите правила и добавьте «напоминалки». Ученые уже не раз доказывали, что мыть руки – целая наука. И, если вы хотите, чтобы дети мыли руки с мылом и водой в течение рекомендованных 20 секунд, у них должен быть постоянный пример перед глазами – взрослые. Нет ничего лучше, чем воспитание собственным примером. И не только во время обучения, но и каждый день. То же самое касается и ношения масок в местах массового скопления народа, и кашля (чихания) в локоть, и соблюдения социальной дистанции. Еще один нюанс: жизнь не может быть наполнена сплошными лекциями. Добавляйте напоминания – от смешных картинок про мытье рук и игр с куклами до совместного выбора мыла в магазине. Подберите собственный стишок или песню на эти 20 секунд мытья, обсуждайте, меняйтесь текстами, пойте вслух. Пусть мытье рук для ребенка будет интересным и веселым занятием, а не процедурой с нотациями и воспитательной беседой взрослых, от которой хочется «улизнуть» [3].

Надо объяснить, что те, кто сейчас соблюдают правила, введенные из-за опасности заболеть, не просто защищают себя: они защищают и всех вокруг, чтобы не передать вирус кому-то другому. Это важное задание, а вовсе не трусость, как часто это воспринимается в подростковой среде.

О чем говорить? Рекомендации по возрасту детей.

Детям до школы и младшим школьникам стоит давать простую и лаконичную информацию. Для того чтобы снизить тревожность, необходимо рассказать, что взрослые делают дома, в школе и в других местах для обеспечения безопасности детей и заботы о больных. Сконцентрируйте внимание на мытье рук – это главная задача ребенка, которая поможет ему удерживать контроль над своими страхами.

Ученики 4-6-х классов могут задавать множество вопросов: что будет, если кто-то заболит в школе, в секции, на улице. Из-за активного доступа в интернет у ребенка (его сверстников) и недостаточного навыка сортировки информации разговаривать надо подробно, обсуждая достоверную информацию и рассеивая слухи.

У учащихся 7-8-х классов и старше уже есть свои каналы информации, которым они доверяют больше, чем родителям. Вполне возможно, что количество цифр и фактов в их голове превышает объем информации у взрослого, и разговаривать в стиле: «Не волнуйся, все будет хорошо», не допустимо. В ответ подросток точно спросит: «А ты-то откуда это знаешь?» Это не означает, что с подростками не надо разговаривать – им это необходимо даже больше, чем малышам. Для таких разговоров надо готовиться и собирать убедительные аргументы из достоверных источников [2].

Вне зависимости от возраста ребенка очень важно создавать дома теплую и доверительную атмосферу, когда дети в ходе откровенного разговора смогут открыто говорить о любых своих переживаниях и поделиться любыми возникающими у них проблемами, получая в ответ родительскую заботу, поддержку и одобрение [4, 5, 6, 7]. Если ребенок воспринимает свою семью как единую систему, обеспечивающую защиту, безопасность и опору, причем вне зависимости от того, что происходит в его жизни, можно уверенно сказать – пандемия страха ему не грозит.

Список использованной литературы

1. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации (справочник практического психолога). М. : Изд-во Эксмо, 2005. 960 с.
2. Меновщиков В.Ю. Психологическое консультирование. Работа с кризисными и проблемными ситуациями. М.: Смысл, 2002. 186 с.
3. Моховиков А.Н. Телефонное консультирование. 4-е изд., испр. М.: Смысл, 2018. 463 с.
4. Райкус Д.С., Хьюз Р.С. Социально-психологическая помощь семьям и детям групп риска: практическое пособие. В 4 т. Т. III. Развитие и благополучие детей. М.: Эксмо, 2012.
5. Телефон доверия как средство психологической помощи детям, родителям, педагогам (Материалы Всероссийской научно-практической конференции) / под ред. А.Ю. Коджаспирова. М.: МГППУ, 2010.
6. Мялковская О.В. Роль и место телефона «Горячая линия» в системе оказания неотложной психолого-психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях : автореф. дис. ... к.м.н. М., 2005. 27 с.
7. Коновалов О.Е. Актуальные проблемы оказания экстренной психологической помощи детям на «Телефоне доверия». Социальные и медицинские проблемы подростков: сб. науч. тр. Рязань, 2001. С. 25-29.

Решение проблемы семейного насилия в практике Телефона Доверия

**Рубцова О.С., Рублева О.П., Белоногов М.Е.,
Зорохович И.И., Вострых Д.В.**

**Кузбасский клинический наркологический диспансер,
Кемерово**

Общий процент обращений на Телефон Доверия по проблеме семейного насилия (в том числе проблема жестокого обращения с детьми), подсчитать сложно. Все дело в том, что, например, в 2020 г. в «чистом» виде проблема семейного насилия в среднем озвучивалась абонентами Телефона Доверия лишь в 1% обращений.

Однако очень часто данная проблема звонящими даже не осознается. Ситуация семейного насилия в подобных случаях воспринимается просто как привычная норма жизни и взаимоотношений между близкими людьми. Как правило, такая ситуация характерна для абонентов, заявляющих проблемы алкогольной, наркотической или игровой зависимости в семье, а это в общей сложности еще около 5% звонков. В этом случае между понятиями «зависимость» и «насилие» можно смело ставить знак равенства. Многие абоненты понимают под насилием лишь насилие физическое. Но при этом большая часть абонентов, сообщающих о психологической дисгармонии в семейных отношениях (примерно 10% звонков), не понимают того, что его «вторая половина» жестко (а порой и жестоко) манипулирует им и детьми, стараясь «поставить на место», подчинить себе, унижить и заставить выполнять любые его (ее) желания. Чаще всего подобные проблемы заявляют женщины – они звонят в состоянии истерики или панического ужаса, хотя её муж или сожитель, по словам самой женщины, «даже пальцем не трогает» ни ее, ни её детей.

Самые беззащитные жертвы насилия – это дети. Все это оттого, что очень сложно провести четкую грань между воспитательными (дисциплинарными) мерами и насильственными действиями. Насилие часто «заученно» воспринимается детьми как заслуженное наказание. Ребёнок боится рассказать кому-либо о происходящем, считая, что тогда родители станут любить его меньше. В ряде случаев насилие над ребенком маскируется под вывеской строгого воспитания или гиперопеки. Физическое насилие как повреждающий (патогенный) психобиологический фактор нарушает психическое развитие ребенка.

Если в случае строгого маленькому человеку в ультимативном порядке диктуются правила поведения и возможные шаги, и это хотя бы заметно окружающим, то в случае гиперопеки всепоглощающая забота родителей загоняет ребёнка в не менее жесткие рамки, но внешне ситуация выглядит социально одобряемой. Следует понимать, что травмирование ребенка может происходить не напрямую, а опосредованно, например, когда один из родителей (член семьи) в присутствии ребенка избивает другого родителя (члена семьи). Неизбежным следствием жестокого обращения с ребенком становится низкая самооценка, бегство от реальной жизни (наркотическая, алкогольная или игровая зависимость), антиобщественное поведение, эмоциональные расстройства (безразличие и апатия, низкая успеваемость и плохая концентрация внимания, кражи и агрессия, направленная на окружающих либо на себя) и т.д.

По статистике звонков за 2020 г. из общего количества обращений, связанных с семейным насилием, примерно в 40% случаев жертвами такого насилия становятся дети. Проблема насилия над ребенком часто напрямую связана с проблемой разводов (это около 2% позвонивших). Как правило, большая часть разведенных в течение 2-3 лет создают новые семьи. И, как минимум, третья часть повторных браков «грешит» тем, что во вновь созданной семье в той или иной степени ущемляются права ребенка от первого брака. Это может быть как эмоциональная холодность и моральное подавление, так и сексуальное и физическое насилие.

Обращения по данной проблеме самих детей крайне редкие, можно сказать, единичные. Чаще насилие над ребенком заявляют, как проблему их близкие родственники, соседи, школьные учителя. Здесь обычно идет информационный запрос на то, в какие инстанции можно обратиться, чтобы помочь ребенку и защитить его. В этом случае абоненты направляются в государственные организации, призванные защищать права ребенка. Это органы опеки и попечительства, полиция, прокуратура, суд и другие. Главное, каким образом эти организации и ведомства будут проводить свои проверки и разбирательства. Очень важно, чтобы уполномоченные лица обращали особое внимание на последствия воспитательного процесса родителей. Особенно если имеются задержка психического развития ребенка, эмоциональные и поведенческие нарушения. Если все-таки звонят сами дети – жертвы насилия, то им крайне важны именно такие специфические особенности службы Телефон Доверия как анонимность и конфиденциальность. Ребенок, как правило, убежден, что обнародование его проблемы еще больше усугубит ситуацию.

Поэтому детей часто привлекает именно уверенность в том, что они могут сами контролировать процесс разговора (у него всегда есть возможность просто прервать беседу), что информация о нем не будет передана дальше и тем самым ситуация не станет для него еще более угрожающей. Однако, даже в этом случае в процессе разговора одним из направлений работы консультанта является мотивация обращения абонента за помощью в предназначенные для этого социальные и правоохранительные структуры. Если удастся убедить ребенка в необходимости сообщить информацию о жестоком обращении с ним, то консультант собирает по возможности полную информацию о нем и его семье, оформляет официальное извещение и передает его для проверки и уточнения полученных сведений в Министерство социальной защиты населения Кузбасса. В 2020 г. сотрудниками Телефона доверия наркологической службы города Кемерово было отправлено 6 подобных извещений.

Однако при всей тяжести последствий насилие над детьми редко становится основанием для социального вмешательства в семью, лишения родительских прав или привлечения родителей к административной и тем более уголовной ответственности. Это связано с тем, что сам факт насилия сложно выявить, а еще сложнее подтвердить и обосновать, что действия родителей дают основание применить установленные законом меры для защиты прав ребенка, поскольку в полной мере негативные последствия сегодняшних действий родителей проявятся спустя длительное время. Кроме того, как уже говорилось выше, отсутствуют четкие границы, отделяющие дисциплинарные меры родительского воздействия от психического насилия, и той степени тяжести насильственных действий, которая дает основания для привлечения родителей к ответственности за их противозаконные действия.

Комплексная и системная работа специалистов Телефона Доверия позволяет констатировать актуальность данной проблемы (формирование психоэмоционального стресса и психоэмоциональных расстройств в результате домашнего насилия, являющегося мощным патогенным психотравмирующим фактором). Вместе с тем эффективное содействие психологов ТД формирует у человека, попавшего в ситуацию насилия, способность открыто заявить об этом, переводя данную проблему из категории личной в общественно значимую, дает возможность получить профессиональную помощь и поддержку.

Психологические предпосылки самоповреждающего поведения у студентов

Руденко Л.С.

**Национальный исследовательский
Томский государственный университет, Томск**

Актуальность. Изучение феномена самоповреждения в подростковом и юношеском возрастах является актуальным для специалистов в области медицинской психологии и здравоохранения в силу своей распространенности [2, 4]. Под самоповреждающим поведением (СП) понимают широкий спектр действий, направленных на причинение собственному телу повреждений (порезы на коже, ожоги, удары по телу, уколы иглой и т.п.) [1]. Отражая временный регресс в способах саморегуляции, самоповреждение может осуществляться импульсивно из-за переживания психотравмирующей ситуации (реактивный тип) и систематически как способ совладания с интенсивными негативными эмоциями (дисфункциональный тип) [1]. Выделяют идентификационный тип самоповреждающего поведения, при котором нанесение себе вреда включается в формирование идентичности и используется для приобщения к референтной группе [1].

С целью изучения психологических предпосылок СП определены уровни ситуативной и личностной тревожности, выраженность невротизации и психопатизации, агрессивные тенденции, типы характера, биографические аспекты, связанные с субъективным переживанием насилия в семье. В исследовании участвовали студенты 2-4-го курсов ТГУ (n=159) без нарушений психического здоровья, средний возраст 22±3 года, женского (n=128; 80,5%) и мужского (n=31; 19,5%) пола.

Методы. В исследовании использовалась анкета, составленная для сбора социально-биографических данных, сокращенный многофакторный опросник для исследования личности и черт характера (СМИЛ), опросник агрессивности Басса–Дарки (BDHI), методика «Уровень невротизации и психопатизации», шкала тревоги Спилбергера (STAI) в адаптации Ю.Л. Ханина. Статистическая обработка осуществлялась с помощью программы IBM SPSS Statistics 19.

Результаты исследования. Распределение по возрасту в выборке равномерно, по полу выражено преобладание женщин, что объясняется большей представленностью студентов женского пола в обследованных группах. В анамнезе наличие самоповреждений присутствует у 26 человек (16,4%), гендерная представленность: 22 женщины, 4 мужчин.

Воспитание в полной семье отметили 74,8% респондентов, 25,2% воспитывались одним из родителей или опекуном. Наличие насилия в семье отметили 34 человека (21,4%). Данный вопрос предполагал субъективное восприятие и переживание респондентом факта насилия.

Были выявлены значимые двусторонние положительные корреляции между фактом самоповреждения в анамнезе и наличием насилия в семье (на уровне значимости $p \leq 0,01$) с личностными шкалами: ситуативная ($p \leq 0,01$) и личностная ($p \leq 0,01$) тревожность, ипохондрия ($p \leq 0,01$), депрессия ($p \leq 0,01$), истерия ($p \leq 0,01$), психопатия ($p \leq 0,05$), паранойя ($p \leq 0,05$), гипомания ($p \leq 0,05$). Отрицательная двусторонняя корреляция обнаружена между СП и уровнем невротизации ($p \leq 0,01$).

Обсуждение результатов. Мы предполагаем, что положительная корреляция личностной и ситуативной тревожности с актом самоповреждения может объясняться субъективным переживанием различных ситуаций как опасных за счет высокой конституциональной тревожности, хроническим стрессовым напряжением, избавление от которого может достигаться через акт самоповреждения.

Взаимосвязь шкал СМИЛ с наличием самоповреждения в анамнезе может свидетельствовать о том, что личностный профиль людей, прибегающих к самоповреждению, отличается совокупностью черт, которые предрасполагают в стрессовых ситуациях к определенным способам восприятия, реагирования и поведения. Высокие показатели по шкале депрессии методики СМИЛ находят свое проявление в склонности к сниженному настроению, пессимистической оценке своих способностей и перспектив, в стрессовых ситуациях склонности к самоизоляции. За истероидным радикалом скрываются склонность к часто сменяющемуся настроению, легкость возникновения и угасания переживаний, недостаточность понимания своих чувств и зависимость от сиюминутных побуждений, демонстративность и вычурность поведения в стрессовых ситуациях. Высокие показатели по шкале психопатии находят свое проявление в импульсивности действий, нетерпеливости, пренебрежительном отношении к последствиям, эмоциональности и возбудимости, агрессии в стрессовых ситуациях. При высоких показателях по шкале гипомании отмечаются приподнятость настроения, повышенная отвлекаемость, стремление к переменам, с трудом переносимое однообразие, сопротивление запретам, а также вытеснение тревоги, отрицание сигналов опасности и обвинение других в стрессовых ситуациях. Шкала паранойи раскрывает такие особенности как длительность переживаний, ригидность и застреваемость на негативных эмоциях, подозрительность и чувствительность к нарушению границ. При высоких показателях шкалы ипохондрии также выражены повы-

шенная чувствительность, вегетативная возбудимость, сосредоточенность на своих ощущениях и переживаниях, склонность к самоанализу, при этом могут наблюдаться трудности в контроле своих эмоций. Выраженность отмеченных характеристик на уровне акцентуации, а также их сочетание в структуре личности может выступать предпосылкой к акту самоповреждения в субъективно сложной и тяжело переносимой ситуации.

Под невротизацией понимается совокупность проявлений: утомляемость, неустойчивая самооценка, нарушения сна, склонность к субдепрессивным состояниям, повышенная раздражительность, возбудимость, тревожность и неуверенность в себе. Отрицательную связь самоповреждения с невротизацией личности можно объяснить тем, что сами симптомы уже являются способом совладания с чрезмерным напряжением. Наличие положительной значимой корреляции между насилием в семье и самоповреждением может объясняться травмирующим воздействием насилия на психику ребенка, влиянием опыта насилия на формирование личности, её базовых убеждений и копинговых механизмов.

Выводы. Самоповреждающее поведение как симптом неблагополучия личности и способ эмоциональной саморегуляции может встречаться у людей с разными личностными профилями. Имеет значение выраженность черт характера на уровне акцентуации, что в стрессовой ситуации может серьезно затруднять адаптацию личности. Переживание насилия в семье может влиять на формирование личностных черт, защитных механизмов, базовых убеждений. Тревожность выступает фактором, предрасполагающим воспринимать нейтральные ситуации как угрожающие безопасности, однако сама тревожность не рассматривается как предиктор самоповреждающего поведения, а только как один из факторов, способствующих созданию определенных условий.

Список использованной литературы

1. Польская Н.А. Психология самоповреждающего поведения. М.: ЛЕНАНД, 2017. 320 с.
2. Руденко Л.С., Стоянова И.Я., Козлова Н.В. Психологические предикторы самоповреждающего поведения. Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2020. Т. 9, № 3А. С. 156-164. doi: 10.34670/AR.2020.87.48.018
3. Собчик Л.Н. СМИЛ. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. СПб.: Речь, 2003. 219 с.
4. Holdena R.R., Camposb R.C., Lamberta C.E. Psychological pain and self-harming behaviours in an adulthood community sample: An exploratory study. Eur. J. Psychiatry. 2020. Vol. 34 (3). P. 173-176. doi: 10.1016/j.ejpsy.2020.03.001

Психотерапия коморбидных депрессивных расстройств у лиц с тревожным, уклоняющимся расстройством личности

Савельев А.Е.

Прокопьевская психиатрическая больница, Прокопьевск

В эпоху перемен, длящейся лет 40, повышается уровень тревожности в обществе в целом и у некоторых людей в частности, усиливается чувство неуверенности, снижается потенциал стрессоустойчивости. При наличии обычных притязаний воспитание своих детей идёт искажённым путём, способствуя выработке тревожных черт у детей.

Цель: описание принципов помощи лицам с тревожными расстройствами личности и коморбидными депрессиями на примере трех клинических наблюдений.

Объект исследования: пациенты (n=3, из них 2 девушки и 1 юноша), впервые обратившиеся за психиатрической помощью в диспансерное отделение ППБ и направленные в дневной стационар. У них были диагностированы: тревожное, уклоняющееся расстройство личности (МКБ 10: F60.6) и депрессивное расстройство, длившееся до 10 лет с колебаниями тяжести состояния. Все пациенты единственные дети в двух полных (2 девушки) и одной неполной (юноша) семьях. Пациенты отказались от участия родителей в лечебном процессе.

Клиническое наблюдение 1. Пациент с детства отличался чувствительностью, эмоциональностью, часто плакал, сторонился других детей, рано научился читать, часто, когда другие дети играли, незаметно читал «в уголке». Мать внушала, чтобы он хорошо себя вёл, не обижал девочек, не дрался, а если он плакал, то ругала или могла ударить, требовала, чтобы перестал плакать («ты мужчина, защитник, держи себя в руках»). Когда прерывал плач, появлялось ощущение что «в горло запихали кулак», прерывается дыхание, начинал заикаться. В школе друзей не имел, ни с кем не общался, считался «ботаником», закончил школу с золотой медалью. Лет с 12 после длительных унижений со стороны одноклассников и невозможности постоять за себя и дать отпор чувство гнева менялось на чувство беспомощности и вины, а затем появлялась опустошенная апатия, не чувствовал эмоций, радости, сопереживания. Эти состояния чередовались и становились всё более выраженными. После окончания школы поступил в НГУ, в общежитии не смог адаптироваться с соседями по комнате, они мешали учить, спать, вызывали злость, но никаких мер не предпринимал, и состояние гнева сменялось на состояние отсутствия эмоций. Неоднократно прекращал обучение и вновь поступал в университет. В 2019 г. прекратил обучение. Вернулся домой, проживает с матерью, не работает.

Обратился в диспансер, направлен в дневной стационар. При поступлении: волнуется, краснеет, заикается, трёт руки. Многословен, спешит всё рассказать. Жалобы на полное отсутствие эмоций, нет радости, счастья, полная апатия, нет стремления и цели в жизни. Не испытывает сочувствия к близким, дорогим людям. Чувствует утомление, разбитость (не может заставить себя почистить зубы, помыться – требуется затрата энергии). Спит плохо, по 3-4 часа, засыпает долго, как будто проваливается, в полудрёме. Неотступно беспокоят мысли, что он неудачник, кругом всё плохо, завалил учебу в вузе, а без профессии нет будущего. Страшно за себя, что будет в дальнейшем и боится, что могут появиться мысли о самоубийстве. Трудно думать, мысли исчезают, их нет, «или, как в воде, всё медленно» и трудно думать. Страх людей, особенно при разговоре с незнакомыми, и даже с матерью, при этом «как будто кулак в горло загнали, задыхаюсь и не могу вымолвить слова».

Клиническое наблюдение 2. По словам пациентки, мать отличается строгостью, мнительностью, настойчивостью в исполнении своих претензий, высказывает унижающие замечания в адрес дочери при отсутствии у неё успехов и достижений либо при несогласии с высказываемыми требованиями. Отец мягкий, уравновешенный, но главное решение всё таки остаётся за ним. Чувствует отцовскую поддержку и может с ним поговорить об обыденных вещах. С детского возраста отличалась повышенной робостью, пугливостью, безропотной покорностью, послушностью. Трудно адаптировалась в детском саду. За годы учебы в школе близких подруг и друзей не имела. Подвергалась унижениям со стороны одноклассников, но родителям об этом не сообщала. Училась хорошо. Поступила в университет по специальности, которую ей выбрала мать. В университете возникли трудности обучения, понимания материала, пугала предстоящая сдача зачётов и экзаменов. Прекратила обучение в одном университете, поступила в другой, где по-прежнему не смогла обучаться, вновь прекратила обучение и опять поступила в очередной университет. На фоне трудностей обучения снизилось настроение, не могла решить, как ей правильно поступить: бросить университет и вернуться к родителям либо продолжать обучаться по специальности, которая её не привлекает. Чувствовала себя виновной в сложившейся ситуации, иногда появлялись суицидальные мысли, подолгу не могла уснуть, в голове крутились тягостные размышления о повторяющихся неудачах, отсутствии способностей, низком интеллекте, невозможности поделиться с кем-либо сложившейся ситуацией. В связи с этим обратилась в диспансер, направлен в дневной стационар

Клиническое наблюдение 3. При поступлении пациентка сообщила, что отец в молодости совершал суицидальные попытки, практически постоянно употребляет алкоголь. Мать заботливая, уравновешенная, сдержанная. С детства боялась остаться одной, со страхом представляла, что её «бросят», если оставалась одна в детском саду, то начинала «истеричку», «рыдала». В школе часто случались бурные приступы истерики, иногда весь урок могла проплакать, если что-то не получалось или забыла. Имела подруг и друзей. Закончила 9 классов, боялась сдавать экзамены, а особенно ЕГЭ в 11-м классе. Поступила в техникум по специальности «информационные системы».

В 16 лет стали особенно беспокоить депрессивные, пессимистические мысли, находилась в постоянном ожидании трудностей (это будет «конец света»), в такие моменты появлялись мысли о смерти. Становилось плохо («как придало, ничего хорошего и мысли повеситься, порезать вены»). Состояние длится от 1 до 3 суток («всё бессмысленно, зачем?, для чего?»). Нормальное состояние не более 2 суток. Обычное состояние тревожной напряженности («что-то не так, копаюсь в себе, но не могу разобраться, чувство потерянности, как не в своей тарелке, отдаляюсь от себя ранней, кажется будто я, не я»). При поступлении в техникум и начале занятий испытывала большую нагрузку, но в это время могла отвлекаться от неприятных мыслей, чувствовала себя хорошо. Познакомилась и стала дружить с молодым человеком, возникли близкие серьезные отношения, эмоциональная привязанность, в этот период чувствовала себя лучше, чем обычно. Молодой человек уехал на учёбу в другой город, вернулись и усилились болезненные переживания. Считает себя не очень умным и неудачным человеком, некрасивой девушкой. С 18 лет появились панические атаки в виде тревожности, страха, нехватки воздуха, продолжительностью около 2 минут, с частотой 1 раз в месяц, прекращаются самостоятельно. Проживает с родителями.

Всем пациентам был назначен эсциталопрам 0,01 в сутки и фенибут. Одна из пациенток дополнительно получала пирлиндол 0,05 в сутки, а пациент хлорпротиксен 0,015 на ночь. С первых дней всем проводилось психотерапевтическое лечение.

На первоначальном этапе модифицированная аутогенная тренировка, состоящая из упражнений, направленных на ощущение опоры под ногами, ощущение стояния на собственных ногах, ощущение позвоночника – «хребта», своей головы на своих плечах. Затем упражнение на осознание дыхания, ощущений в различных частях тела и мышцах. На следующем этапе подключались упражнения по методике Х. Лейнера (1996) Кататимного переживания образов, начиная с образов луга, ручья, леса, горы, озера, болота, пещеры, моря. Проживая драматические и порой пугающие образы и пользуясь приёмами расслабления, пациенты достигли изменений: выровнялся фон настроения, редуцировались идеи виновности, никчёмности и неспособности, появились реальные планы и цели на будущее. Одна пациентка продолжила обучение, отношения с матерью стали более тёплыми и открытыми, отношения с соседками по комнате более близкие и доброжелательные. У другой пациентки прекратились панические атаки, выровнялось настроение, самооценка нормализовалась, намерена переехать к другу в другой город и совместно проживать с ним, продолжить обучение, согласовала переезд с матерью. Юноша более спокойно может находиться в коллективе, отношения с матерью бесконфликтные и ровные, стал чувствовать эмоции, появилось желание продолжить обучение, редуцировалось чувство отсутствия мыслей и непонимания прочитанного.

Выводы. Комплексный подход в лечении пациентов с расстройством личности и коморбидной депрессией антидепрессантами и методами модифицированной АТ и КПО по Х. Лейнеру предоставляет пациентам возможность полноценной реабилитации.

Актуальные вопросы наблюдения лиц с резидуально-органическими психическими расстройствами

Самаковская О.А., Хомченко О.А., Орлянская Н.Н.

Беловский психоневрологический диспансер, Белово

Признание основной роли конституционального и экзогенно-органического факторов в этиопатогенезе истинной эпилепсии в известной мере может, с учетом различной степени их выраженности и характера их прогрессивности в условиях патологического синергизма, объяснить различие типов ее течения, а также дает основания отнести сходные с эпилепсией психопатологические состояния к противоположным полюсам этого заболевания.

До настоящего времени значительное место в общей структуре психической патологии детей и подростков принадлежит резидуально-органическим психическим расстройствам. Высокая распространенность, полиморфизм клинических проявлений, их взаимосвязь, неоднородность этиопатогенетических факторов, динамических критериев привносят порой нечеткость и неоднородность в систематику и терминологию данной патологии.

Среди детских психиатров отсутствует единый методологический подход к формулировке диагноза. Более того, терминологическая неопределенность связана с разными подходами в отечественной и зарубежной детской психиатрии. Современное рассмотрение последствий мозговых повреждений в детском возрасте должно строиться на опыте прошлого, опираться на взгляды неврологических и психиатрических школ и квалифицироваться с позиций используемой в России международной классификации болезней (МКБ-10).

В этом контексте важным является, прежде всего, определение содержания самого понятия «органическое психическое расстройство». Следует отметить, что этим термином принято обозначать лишь последствия закончившегося церебрального заболевания – «резидуально-органические психические расстройства». Эти расстройства характеризуются разнообразными психическими нарушениями, имеющими общую патогенетическую основу. В силу морфологической незрелости головного мозга, высоких компенсаторных возможностей его систем и структур, степени тяжести повреждения клиническая картина последствий мозговых повреждений будет определяться тесным переплетением неврологических и психических симптомов.

Чем меньше возраст ребенка, тем больше нарушений развития неврологических функций. С возрастом происходит перераспределение акцентов симптоматики в сторону психических расстройств. Из всех перечисленных исходов мозговых повреждений в компетенции невролога будут находиться ДЦП, гидроцефалия и эпилепсия. Хотя, как показывает практика, и в этих случаях необходимо двойное наблюдение специалистов (неврологов и психиатров).

Клинические особенности органических психических расстройств в детском возрасте определяются и возрастным уровнем нервно-психического развития. В дошкольном возрасте проявления атипичны, рудиментарны и выражаются сочетанием неврологической симптоматики с невропатическими признаками и задержкой развития. В школьном возрасте большой удельный вес занимают расстройства познавательных процессов с нарушением школьных навыков. В дальнейшем, к пубертатному периоду, увеличиваются проблемы эмоционально-волевой сферы и патологии личности.

Квалификация когнитивных расстройств опирается на время их возникновения и уровень нервно-психического развития ребенка. Так, у большинства пациентов риск возникновения синдромов органических психических расстройств связан с различными факторами, возникающими в возрасте до 3 лет. В данном случае еще не закончено морфофункциональное развитие головного мозга и, как правило, у этих детей формируется либо общее психическое недоразвитие (умственная отсталость), либо задержка психического развития. Патогенетически данные расстройства обусловлены органическим поражением головного мозга (дизонтогенетическим, энцефалопатическим). При повреждении после 3 лет, на фоне сформировавшихся психических функций, возможно развитие интеллектуального дефекта, а именно деменции (слабоумие), либо легкого снижения когнитивной продукции. В формировании эпилептического слабоумия существенную роль играет преморбидный интеллектуальный уровень.

Известна и роль возраста пациента при начале заболевания в формировании эпилептического слабоумия. Обычно указывается, что чем раньше проявилась эпилепсия, тем более выражено слабоумие. Однако при начале заболевания в возрасте 3-4 лет у детей могут отсутствовать типичные для эпилепсии изменения интеллектуальной деятельности и характера, в клинической картине на первый план выступают симптомы грубой органической церебральной патологии: двигательное беспокойство, общая расторможенность, неустойчивость внимания, раздражительная слабость, повышенная психическая утомляемость.

Клинический пример

Пациент Ш., 18 лет, под диспансерным наблюдением в ГБУЗ БПНД с 2011 г., в 2004-2011 гг. получал консультативную помощь психиатра.

Анамнез заболевания: со слов матери, наследственный анамнез по психическим заболеваниям отягощен по линии отца: из двойни, брат страдал эпилепсией, умер в 14 лет, у сестры матери до 7 лет посттравматическая эпилепсия. Первично обратились к психиатру в 2004 г. по рекомендации невролога, с жалобами на нарушение психических процессов с раннего возраста, речевые нарушения (жесты, мимика скудные, малоинформативные, с ограничением возможностей к общению). Обследован в федеральных клиниках в 2007 г. и 2009 г. Клинический диагноз: субатрофия правого гиппокампа. Симптоматическая фокальная (лобная) эпилепсия с аксиальными тоническими диалептическими миоклоническими приступами с аутоиндукцией. Гипотонически-астатический синдром. В раннем возрасте нарушение адаптации в виде снижения речевой активности; нарушения приема пищи. Обследовался амбулаторно, на данный момент группа инвалидности установлена бессрочно.

Анамнез жизни: беременность матери на фоне ВСД, бактериального вагиноза, ХФПН, гестоза. Роды на сроке 36 недель, родоразрешение путем кесарева сечения. При рождении: тугое обвитие пуповиной вокруг шеи, закричал сразу, оценка по шкале Апгар 6-8 баллов. В адаптационном периоде синдром возбудимости, грудь сосал вяло, отмечался спастический тонус. Наблюдался у невролога с диагнозом: травма шейного отдела позвоночника, самостоятельно ходить начал с 11 месяцев. В 1 год 4 месяца появились судороги, характер которых сохранялся до 5-6 лет: тонические аксиальные спазмы, серийные и одиночные, миоклонически-астатические, реже «замирания». Детский сад посещал с 4 лет (группа для детей с УО). По решению ПМПК обучение в школе с 8 лет, программу АООП УО вариант 2 не усвоил. Выдано заключение о нуждаемости в пребывании пациента в условиях ПНИ. Признан необучаемым. Отмечаются постоянные приступы в виде одиночных, аксиальных тонических (легкое сгибание вперед с вытягиванием), так же сериями, без потери сознания, ежедневные, после пробуждения, самоиндуцируются учащенным дыханием, ритмичным сгибанием туловища. Наблюдается эпилептологом с диагнозом: эпилептическая энцефалопатия, трансформированная из симптоматической эпилепсии в виде приобретенного лобно-долевого синдрома. Субатрофия правого гиппокампа, с частыми самоиндуцированными аксиальными тоническими и миоклоническими приступами, с редкими вторично-генерализованными т-клоническими приступами. Гипотонически-атонический синдром. Глубокая деменция с аутистическиподобным синдромом. Общее недоразвитие речи 1-го уровня. Соматоневрологический статус: полиморфные постоянные чередующиеся эпилептические приступы (от моргания, покачивания до потягивания всего тела).

Психический статус при осмотре: выглядит младше паспортного возраста, неконтактен, внимание не привлекает, сидит в согнутой позе, опустив голову вниз, смотрит в телефон. Если забирают телефон, то возникают негативные ре-

акции в виде крика. Диспластичен, замкнут, заторможен, речь не развита, не умеет писать, читать, не рисует. На вопросы не отвечает, никак не реагирует. Выполнение заданий невозможно. Мышление примитивное, тугоподвижное. Эмоции примитивные. Потребности вегетативные. Процессы анализа, синтеза не развиты. На момент исследования выявляется дефект интеллектуально-мнестической деятельности (IQ=24), у личности эмоционально-аутичной, с эпилептоидным компонентом и социально полностью дезадаптированной интеллект снижен в тяжелой степени. Отмечаются поливалентные эпилептические приступы, частые, многократные, практически постоянно. Грубые речевые нарушения ограничивают социализацию пациента, быстро утомляется, истощается, теряет интерес к окружающему миру, координация движений нарушена, недостаточно развита мелкая моторика. Навыки самообслуживания практически не развиты. Принимает пищу только с помощью ложки. Функции тазовых органов контролирует. Бездеятелен. Смотрит телепередачи, без особого интереса. Аутичен. Находится дома с няней. Наблюдается неврологом, логопедом, психиатром.

Клинический диагноз: деменция в связи с эпилепсией (F02.802).

Сопутствующие заболевания: РЭП. Эпилептическая энцефалопатия, трансформированная из симптоматической эпилепсии в виде приобретенного лобно-долевого синдрома. Субатрофия правого гиппокампа, с частыми самоиндуцированными аксиальными тоническими и миоклоническими приступами, с редкими вторично-генерализованными т-клоническими приступами. Гипотонически-атонический синдром. Глубокая деменция с аутистическиподобным синдромом. ОНР 1-й уровень (G40.0, G93.4, R47.0).

Прогноз пациента для жизни определяется основным заболеванием. В условиях ГБУЗ БПНД пациент наблюдается полипрофессиональной (мультидисциплинарной) бригадой в составе врача-психиатра, медицинского психолога, социального работника, медицинской сестры.

Коронавирусный синдром: неожиданные последствия пандемии

Селедцов А.М., Кирина Ю.Ю., Акименко Г.В.

**Кемеровский государственный медицинский университет,
Кемерово**

11 марта 2020 г. Глава Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) Т.А. Гебрейесус сделал заявление о том, что ситуация с коронавирусной инфекцией COVID-19 «..может быть охарактеризована как пандемия». Последствиями пандемии в виде крупных экономических проблем обеспокоены все слои населения. Падение доходов, как правило, приводит к увеличению частоты психических расстройств.

У тревоги, связанной с пандемией COVID-19, есть вполне определенные причины. К ним относятся 1) неоднозначность ситуации, что дает возможность различных её толкований. Такое бывает, когда появляется новое заболевание, все особенности и последствия которого неизвестны; 2) отсутствие сходного опыта, на который можно опереться. Конечно, эпидемии и пандемии и раньше случались в истории человечества. Но последняя масштабная эпидемия «испанки» была более 100 лет назад, в 1918 г. Что касается других коронавирусных инфекций (например, лихорадки Эбола), вспышки не были такими масштабными и затрагивали достаточно узкую группу людей; 3) неопределенность, непредсказуемость. До сих пор остается непонятным, как дальше будут развиваться события с распространением новой коронавирусной инфекции и какими глобальными последствиями чревата пандемия.

Уверенно можно говорить о том, что введение карантина и самоизоляции оказывает неблагоприятный эффект на психическое здоровье человека. Спорным остается вопрос, что хуже: неблагоприятные эффекты карантина либо последствия самой инфекции для физического здоровья. Усилия психиатров и психологов сейчас в основном направлены на изучение неблагоприятных последствий карантина для психики. Такие широкомасштабные исследования проводятся в Азии и странах Европы. Вместе с тем нужно понимать, что в сложившейся ситуации тревога – это естественная реакция на происходящие события. Важно уметь отличать нормальное беспокойство от болезненного.

Недавно была опубликована научно-исследовательская работа группы немецких ученых по психологическим эффектам карантина. Достоверно установлено, что на фоне введения карантинных мер повышается частота психологических и психических проблем на фоне карантина. Речь не обязательно идет о психических заболеваниях, но определенно имеет место психологический ущерб разной степени (увеличение гнева, агрессии и т.д.). Результаты исследования свидетельствуют об увеличении более чем в 2,5 раза частоты депрессивных расстройств, более чем в 2 раза тревожных расстройств, употребления алкогольных напитков и уровня гнева, агрессивности у находящихся в условиях карантина.

Косвенным образом это подтверждается увеличением количества домашних конфликтов и преступлений, связанных с домашним насилием в отношении женщин, детей и пожилых на фоне бытовой неустроенности, материальных трудностей, безработицы, наркомании и алкоголизма. Рост разных видов насилия отмечается практически во всех странах, затронутых пандемией.

Согласно имеющимся данным, у 15% пациентов, которые перенесли SARS и MERS, была депрессия, а еще у 15% – тревожное расстройство. Однако психические заболевания встречаются довольно часто, поэтому трудно сказать, у скольких из этих людей и до болезни наблюдались проблемы с душевным здоровьем.

Как пишут психиатры в статье для *The Conversation*, их опыт работы с инфицированными SARS-CoV-2 показал, что пациенты с депрессией, психозом и другими душевными расстройствами при появлении первых симптомов выглядели дезориентированными, лишены возможности реальной оценки происходящего и иногда галлюцинировали. Все эти признаки свидетельствуют о состоянии, называемом бредом. Как оказалось, подобное состояние затрагивает 20% или более пациентов, которых госпитализируют в больницы с диагнозом COVID-19. Исследователи также выяснили, что предыдущие вспышки коронавируса были связаны с высоким уровнем психических расстройств (например, от невротического к психотическому) в последующий период.

В рамках проведенных исследований зафиксировано, что в ряде случаев при тяжелых и затяжных инфекциях могут наблюдаться острые и преходящие в психопатологические расстройства: варианты галлюцинаций, иллюзий, бреда, другие нарушения восприятия, психологический дистресс. В период пандемии резко увеличилась доля участников события, испытывающих легкий и умеренный стресс (рис.).

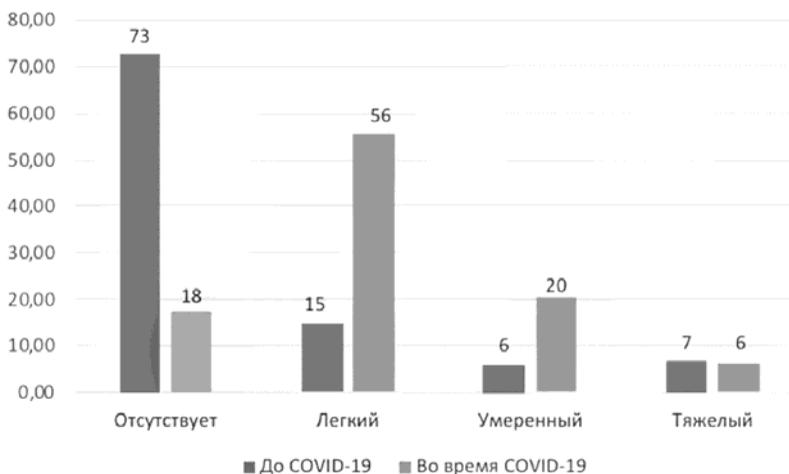


Рисунок. Сравнительное распределение уровней психологического дистресса до и во время пандемии COVID-19, %

Как правило, такие сбои в работе психики временны и быстро проходят, а после выздоровления больных бесследно исчезают, однако в некоторых случаях инфекция может нанести органический вред центральной нервной системе, из-за чего психические и неврологические нарушения могут стать хроническими. Расстройства восприятия при COVID-19 могут происходить в связи с тем, что коронавирус взаимодействует с рецепторами АПФ-2 (белок, присутствующий во многих тканях организма), которые имеются не только в легких, но и в ЦНС. Согласно последним исследованиям, пожилые люди испытывали большую депрессию и одиночество во время пандемии COVID-19. Около 2/3 (68%) пожилых людей сообщили о том, что из-за режима ограниченный стали проводить меньше времени, чем раньше, с близкими, которых они любят, и 79% считают, что их социальная жизнь ухудшилась из-за негативных последствий COVID-19.

Исследования, проведенные в разных странах мира, свидетельствуют о том, что с последствиями пандемии борются не только пациенты, но и сами врачи. Медицинские работники подвергаются большему риску, чем население в целом, а также испытывают проблемы со здоровьем на фоне переживаний, хронической усталости и напряженности, такие как «карантинные» депрессия, тревога, панические атаки.

Таким образом, современная ситуация пандемии имеет ряд особенностей, которые позволяют говорить о ней как о глобальном травматическом стрессоре. В условиях COVID-19 можно выделить группы людей, которые испытывают наиболее интенсивную угрозу и психологический дистресс. Последствия этого дистресса мировое сообщество будет ощущать на себе еще как минимум годы и, вероятно, десятилетия. Люди, перенесшие COVID-19, подвержены повышенному риску и опасности стать в будущем пациентами психиатра. Психиатрическое сообщество должно подготовиться к наплыву лиц с проявлениями симптомов депрессии и тревоги, посттравматического стрессового расстройства, панического расстройства, социальной фобии в результате интенсивных психотравмирующих событий. Между тем период наблюдения за больными COVID-19 и объем накопленных знаний пока что еще слишком недостаточны, чтобы делать окончательные выводы о влиянии вируса на ЦНС, нарушение психической деятельности и ухудшение психического здоровья.

Детская шизофрения у взрослых: вопросы адаптации и социального функционирования

Серебренникова А.В., Орлов М.В., Буланова Я.В.

**Кузбасская клиническая психиатрическая больница,
Кемерово**

Актуальность проблемы. Лица, страдающие прогрессивным заболеванием раннего детского возраста, «обречены» на тяжелую социально-трудовую дезадаптацию, у них рано развивается дефектное состояние, социально-трудовая дезадаптация возникает за счет различной выраженности продуктивной и негативной симптоматики и приводит к ранней инвалидизации. Такие пациенты рано подвергаются оформлению в интернаты, родственники отказываются от проживания с ними из-за утомительной и доводящей до усталости необходимости в постоянном уходе и наблюдении за больными. Основными методами социальной адаптации являются реабилитационные мероприятия, которые начинают проводиться в стационарах. Восстановительная реабилитация включает психотерапевтические аспекты, ставящие своей задачей укрепление личностного потенциала, стимуляцию физической и социальной активности, расширения взаимодействия с окружающей средой, разъяснительную работу с членами семьи, психологическую поддержку людей, ухаживающих за больными.

Цель исследования: провести сравнительную оценку степени адаптации между больными детской шизофренией и заболевшими в зрелом возрасте.

Материалы и методы. На базе 1-3-го общепсихиатрического мужского отделения ГКУЗ КО КОККПБ исследовано 65 пациентов с клиническим диагнозом: шизофрения, параноидная форма, непрерывный тип течения. В исследовательскую выборку вошли пациенты в возрасте от 15 до 49 лет, с длительным (10-14 лет) сроком наблюдения психиатрической службой. Все пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа (основная, n=20) – детская форма шизофрении (далее ДШ), 2-я группа (контрольная, n=45) – шизофрения у зрелых лиц (ВШ).

Результаты и их обсуждение. Возраст больных имел широкий диапазон как в основной группе (ДШ) – от 15 до 49 лет, так и в контрольной группе (ВШ) – от 22 до 49 лет. В процентном соотношении по возрасту больные основной группы и контрольной группы были сходны.

В основной группе (ДШ) преобладала (60%) возрастная категория лиц от 15 до 21 года над 22-30-летними пациентами. В контрольной группе выявлено несколько иное распределение: 21-30 лет – 60%, оставшаяся часть приходилась на лиц 31 года и старше. Т.е. в основной (ДШ) и контрольной (ВШ) группах преобладающими по численности были подгруппа более молодых – это подростковый и юношеский возрасты (60%) и подгруппа лиц зрелого возраста (60%). Это подтверждает, что заболевание диагностируется на ранних этапах, а ранняя диагностика облегчает в последующем оказание психиатрической помощи, более качественное наблюдение и лечение таких пациентов.

Оценка места и условий проживания показала, что в основной группе пациентов преобладали горожане (n=14, 70%). В контрольной группе выявлена идентичная тенденция (n=32, 71%), причем из числа горожан большинство являлись жителями Кемерово. Анализируя полученные данные, можно говорить об особенностях оказания специализированной помощи пациентам в сельской местности: это недостаточное обеспечение специалистами и медикаментами, менее развитая социальная инфраструктура, плохое состояние транспортного сообщения. Данные факторы отражаются на клиническом состоянии и социальном функционировании пациентов.

Результаты оценки образовательного уровня пациентов основной и контрольной групп приведены в таблице 1.

Т а б л и ц а 1. Распределение пациентов основной и контрольной групп по уровню полученного образования, абс. (%)

Образование	Абс. (%)
Основная группа (n=20)	
СОШ	1 (5%)
Коррекционная школа VIII вида	15 (75%)
Обучение на дому	9
Дублирование классов	10
Необучаемость	4 (20%)
Контрольная группа (n=45)	
Высшее	6 (13%)
Неоконченное высшее	7 (15%)
Среднее специальное	14 (31%)
Среднее	13 (28%)
Незаконченное среднее (не окончено 9 классов)	3 (11%)

Так, в основной группе своевременно начали обучение в общеобразовательной школе 18 человек, с 8-9 лет обучались 2, дублировали классы 10 человек из 18, продолжили обучение в коррекционной шко-

ле VIII вида в соответствии с решением ПМПК 15, по программе коррекционной школы обучались на дому 9, по программе СОШ 9 классов окончил лишь 1 человек, признаны необучаемыми 4 человека. Специального образования из основной группы (n=20) пациентов никто не приобрел. Образование пациентов контрольной группы характеризовалось более высоким уровнем, как видно из приведенных в таблице 1 данных. Т.о. можно судить о том, что эндогенный процесс, начавшийся в детском возрасте, сопровождается ранним формированием олигофреноподобного дефекта, нарушения в мышлении и когнитивный дефицит в совокупности утяжеляют процесс обучения.

При оценке степени ограничения жизнедеятельности пациентов выявлено, что большая часть (45%) пациентов основной группы с детства имеют инвалидность. По данным анамнеза ранее они наблюдались в детских психиатрических службах. В контрольной группе первое (58%) место занимают инвалиды II группы. На этом основании можно сделать вывод, что страдающие шизофренией с детского возраста пациенты имеют худшие показатели социально-трудовой адаптации. Изучение распределения пациентов по трудовому стажу показало, что в основной группе (ДШ) отсутствие трудовой деятельности и плохой трудовой прогноз на будущее характерны для всех отнесенных к данной группе пациентов (n=20, 100%). В контрольной группе работали только 6 из 45 пациентов (13%), но официально они не были трудоустроены, были заняты в основном временными подработками, работали не по своей профессии и лишь периодически (например, юрист с высшим образованием работал грузчиком, без оформления трудового соглашения). Соответственно трудовой прогноз на будущее у пациентов контрольной группы также неблагоприятный.

Результаты ранжированного распределения пациентов основной и контрольной групп по социально-бытовым условиям проживания приведены в таблице 2.

Т а б л и ц а 2 . Распределение пациентов основной и контрольной групп по социально-бытовым условиям проживания, абс. (%)

Условия проживания	Основная группа	Контрольная группа
Собственное жилье		
- одинокие	0	(11%)
- проживают в семье из них:	12 (60%)	25 (55%)
- оформление в ПНИ	2	5
Проживает в ПНИ	8 (40%)	10 (22%)
Дееспособные	13 (65%)	33 (73%)
Недееспособные	7 (35%)	12(27%)
Всего:	20 (100%)	45 (100%)

Анализируя полученные данные социально-бытовой характеристики пациентов, можно констатировать, что пациенты контрольной группы отличаются лучшими бытовыми условиями: 11% пациентов имели отдельное жилье, проживали в семье 55%. В то время как большинство пациентов основной группы (n=12, 60%) проживали в семьях. В домах-интернатах проживает больше (40%) пациентов основной группы по сравнению с пациентами контрольной группы (22%). Факт проживания в ПНИ большего числа пациентов основной группы объясняется их большей нуждаемостью в регулярном наблюдении, уходе и постоянном контроле в связи с более быстрым прогрессированием болезни и нарастанием дефекта.

Выводы. Для повышения адаптивных функций пациентов, страдающих шизофренией детского возраста, необходимо внедрение комплексных программ по ранней диагностике и своевременному проведению психофармако- и психотерапевтического вмешательств, направленных на предотвращение формирования тяжелого личностного дефекта, госпитализма, повышенного риска рецидива, снижения комплаенса, более тяжелого бремени для семьи. В первую очередь необходимы правильный выбор формы и вида обучения, рода занятий, создание благоприятного климата в семье и коллективе, привлечение специалистов по психосоциальной работе, оценивающих особенности их социального положения и социального функционирования. Высокая эффективность комплексной терапии для улучшения социализации пациентов возможна только при условии тесного, эстафетного взаимодействия психиатров, неврологов, психотерапевтов, психологов, педагогов и социальных работников.

Особенности течения депрессии при шизофрении

Сивирюк И.А.

**Кузбасская клиническая психиатрическая больница,
Кемерово**

Депрессия – широко распространенный феномен в структуре шизофрении, который связан с более тяжелым течением заболевания, снижением качества жизни и суицидальным поведением. В то же время данные о коморбидности депрессии и шизофрении отличаются выраженной вариабельностью, что связано с рядом как диагностических, так и методологических трудностей в оценке их взаимосвязи.

Исследования депрессивных состояний, возникающих при шизофрении – важный раздел учения о шизофрении. По данным многих авторов (Краепелин Е., 1912; Bleuler М., 1927; Морозова Т.Н., 1957; Смулевич А.Б., 1970; Наджаров Р.А., 1972; Тиганов А.С., 1972), депрессивные синдромы встречаются при всех формах шизофрении. Проблема диагностики шизофрении, несмотря на более чем 100-летнюю историю своего развития, по-прежнему вызывает широкую полемику. Одной из таких дискуссионных тем является вопрос о месте депрессивных расстройств в структуре клинических проявлений заболевания, хотя депрессивная симптоматика формально не рассматривается в числе диагностических критериев шизофрении в МКБ-10.

Несмотря на то что проблема депрессии при шизофрении является одной из актуальных в современной психиатрии, в настоящее время отсутствует общепринятый подход как к концептуализации основных теоретических положений, так и к разработке практических рекомендаций по оптимизации терапевтических подходов. Большинство исследователей и практических психиатров признается, что депрессивная симптоматика у больных шизофренией встречается с высокой частотой, варьирующей в зависимости от этапа заболевания: наиболее часто она выявляется в период обострения, регистрируясь реже при стабилизации состояния. Депрессия может наблюдаться как в продроме, так и в фазе активного течения (ремиттируя параллельно психотической симптоматике), вслед за острым эпизодом, между психотическими эксцессами, в постприступном периоде, на этапе регрессивности, а также развиваться как побочное действие лекарственной терапии.

Высокая распространенность депрессивных расстройств у больных шизофренией, их существенное влияние на клинико-социальный статус пациентов и прогноз заболевания – всё это требует специального внимания к терапии этих состояний. Выявление депрессивных симптомов при осмотре больного и отграничение депрессии в рамках аффективных расстройств настроения от других заболеваний, сопровождающихся депрессивной симптоматикой, для врача-психиатра является повседневной рутинной задачей. Депрессивные симптомы могут встречаться на всех этапах шизофрении, в структуре психоза и после наступления ремиссии, в виде резидуальных симптомов шизофрении, а также вследствие развития побочных эффектов антипсихотической терапии, сопутствующих соматических заболеваний или злоупотребления психоактивными веществами. Только точное определение медицинской патологии, в рамках которой возникли депрессивные симптомы, позволяет назначить правильное лечение.

Первым диагностическим шагом в данном случае служит выявление возможных проявлений психоза, которые могут обуславливать депрессию. В этом случае единственно правильным терапевтическим выбором должно быть усиление антипсихотической терапии. Назначение антидепрессантов может приводить к усилению психотической симптоматики. Атипичные антипсихотики рассматриваются как препараты, позволяющие в значительной степени купировать проявления депрессии при шизофрении. Однако, несмотря на преимущества антипсихотиков нового поколения, полностью решить проблему терапии депрессии при шизофрении они, по-видимому, не в состоянии – со всей очевидностью необходимо присоединение антидепрессантов.

Принимая во внимание сложность и недостаточную изученность этиопатогенеза депрессии, гетерогенность депрессивных состояний и индивидуальные особенности каждого пациента, объяснимо, что препараты с доказанным тимоаналептическим действием оказываются недостаточно эффективными у значительной части больных. Очевидно, что при отсутствии методов индивидуального биологического прогноза эффективности антидепрессантов в настоящее время только тщательный клинический анализ каждого конкретного случая и дифференцированный выбор препарата могут повысить индивидуальную эффективность лечения. Распознавание и лечение депрессии при шизофрении являются важным компонентом терапии шизофрении, что может существенно повлиять на качество жизни пациента.

Список использованной литературы

1. Мазо Г.Э. Влияние депрессии на течение шизофрении. Психиатрия и психофармакотерапия. 2006. Т. 8, № 3. С. 22-24.
2. Мосолов С.Н. Тревожные и депрессивные расстройства: коморбидность и терапия. Биологические методы терапии психических расстройств. Доказательная медицина – клинической практике. М., 2021. С. 703-758.
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А., Кирьянова Е.М., Сальникова Л.И., Гажа А.К., Максимова Н.Е., Степанова О.Н., Сучков Ю.А. Частота выявления депрессивных нарушений и их терапия при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра в клинической практике в России. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2013. Т. 113, № 11. С. 28-33.
4. Мазо Г.Э., Горбачев С.Е. Депрессия при шизофрении: опыт и подходы практических врачей к диагностике и терапии. Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. XIX, № 4. С. 15-14.
5. Смулевич А.Б. Депрессия при соматических и психических заболеваниях. М. : Медицинское информационное агентство, 2003. 432 с.

Взаимосвязь атак гнева с риском суицидального поведения при коморбидности аффективных и личностных расстройств

Симуткин Г.Г., Яковлева А.Л., Васильева С.Н., Диденко Е.В., Погосян Э.Л.

НИИ психического здоровья ТНИМЦ, Томск

Коморбидность аффективных расстройств (АР) и расстройств личности (РЛ) достаточно часто встречается в клинической практике психиатров – 38,1-62% (Fan A.H., Hassell J., 2002; Zimmerman M. et al., 2008). Особенно высокая частота такой коморбидности регистрируется в случае дистимии (Friborg O. et al., 2014). Коморбидность АР с РЛ оказывает существенное негативное влияние на различные клинико-динамические характеристики АР, в том числе способствует увеличению вероятности суицидальных попыток, а также ухудшает эффективность проводимой терапии (Степанов И.Л., Горячева Е.К., 2011; Ваксман А.В., 2013; Симуткин Г.Г. и др., 2014; Яковлева А.Л., 2016; Bezerra-Filho S. et al., 2017).

Наличие коморбидного расстройства личности и аффективного расстройства более чем в 2 раза увеличивает шансы плохого исхода текущей депрессии по сравнению со случаями АР без коморбидного РЛ (Newton-Howes G. et al., 2014). В ряде исследований указывается на более тяжелые клинико-динамические характеристики в случае депрессивных расстройств с наличием так называемых атак гнева (АГ): более ранний возраст к началу депрессивного расстройства, большая степень тяжести депрессии, тревоги, увеличение продолжительности текущего депрессивного эпизода (ДЭ), более затяжное долгосрочное течение депрессивного расстройства, увеличение коморбидности со злоупотреблением психоактивными веществами, с расстройствами тревожного спектра и диссоциальным РЛ, более выраженные нарушения психосоциального функционирования, чем в случае «чистых» депрессивных расстройств. АГ выявляются не только при депрессивных расстройствах, но и при биполярном аффективном расстройстве (БАР) (Fava M. et al., 1990, 1993; Painuly N. et al., 2007; Симуткин Г.Г., 2018). Раздражительность и наличие АГ ассоциируется с большей тяжестью АР, а также с высокой вероятностью суицидального поведения (Perlis R.H. et al., 2009).

Тем не менее проблема оценки возможного влияния атак гнева на основные характеристики суицидального поведения пациентов с АР, коморбидными с РЛ, остается недостаточно изученной.

Цель исследования заключалась в оценке основных характеристик суицидального поведения в случае аффективных расстройств в зависимости от наличия коморбидного РЛ и атак гнева.

Материал и методы. В исследование было включено 120 пациентов (80 женщин в возрасте $44,4 \pm 10,2$ года и 40 мужчин в возрасте $40,6 \pm 11,0$ года) с текущим умеренным или тяжелым ДЭ в рамках единственного ДЭ – 42 человека, рекуррентного депрессивного расстройства – 39 человек и БАР – 39 человек. Общая группа пациентов была разделена на две группы. В основную группу вошло 60 человек, из них 38 женщин (63,3%) и 22 мужчины (36,7%), которая состояла из пациентов с АР, коморбидными с РЛ. Идентичной по численности была группа сравнения – 60 пациентов: 42 женщины (70%), 18 мужчин (30%) с АР без коморбидного РЛ. Выделенные группы были соотносимы по полу, возрасту и диагностической структуре ($p > 0,05$). РЛ в основной группе были представлены в 85% ($n=51$) случаев диагнозом: смешанное расстройство личности (F61.0), в 6,7% ($n=4$) – пограничное расстройство личности (F60.31), в 8,3% ($n=5$) – истерическое расстройство личности (F60.4).

В качестве психометрического инструмента использовались опросник суицидального поведения SBQ-R (Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised) (Osman A. et al., 2001) и самоопросник The Anger Attacks Questionnaire (Fava M. et al., 1991). Статистическая обработка результатов исследования производилась с помощью статистического пакета Statistica v.8.0.

Результаты и их обсуждение. В основной группе суицидальные попытки отмечались у 22 чел (36,7%), в то время как в группе сравнения – у 6 человек (10,2%) ($p < 0,05$). Количество (Me [Q1-Q3]) суицидальных попыток в основной группе и группе сравнения составило 1 [1-3] и 1 [1-1] ($p > 0,05$). Возраст к моменту совершения суицидальной попытки у пациентов основной группы и группы сравнения составил соответственно 28,5 [18-37] и 47,5 [30-53] года ($p < 0,05$).

АГ отмечались с более высокой частотой в основной группе – у 50 пациентов (83,3%), чем в группе сравнения – у 11 пациентов (18,3%) ($p < 0,05$). Продолжительность АГ в основной группе была выше, чем в группе сравнения (соответственно 15 [10-20] мин и 5 [5-15] мин, $p < 0,05$). Суицидальные попытки встречались чаще у пациентов с АГ, чем в случае отсутствия АГ (соответственно у 34,4% и 12,7% пациентов, $p < 0,05$).

Более высокий суммарный балл по шкале SBQ-R и более высокая вероятность суицидальной попытки в будущем были выявлены у пациентов наличием АГ по сравнению с пациентами без АГ (соответственно $9,1 \pm 4,4$ и $4,9 \pm 2,9$ балла, $p < 0,001$), а также в группе пациентов с АР, коморбидными с РЛ, по сравнению с соответствующими показателями в группе с «чистыми» АР (соответственно $9,8 \pm 3,9$ и $4,3 \pm 2,4$ балла, $p < 0,001$).

Выводы. Таким образом, полученные результаты исследования показали, что при коморбидности АР с РЛ и представленности в клинической картине текущего депрессивного эпизода дискретных эпизодов гнева (атак гнева) отмечаются более частые случаи суицидальных попыток и имеется более высокая вероятность суицидальной попытки в будущем, чем в случае «чистых» АР. Полученные данные могут иметь важное клиничко-прогностическое значение, позволяя более точно оценить степень риска суицидального поведения в соответствующих клинических случаях, а также использовать персонализированный терапевтический подход с учетом коморбидности АР с РЛ и наличия в клинической картине атак гнева.

Исследование выполнено в рамках новой медицинской технологии «Технология персонализированной терапии депрессивных расстройств с симптомами дисфории» (протокол ЛЭКа № 129 от 19 февраля 2020 г. Дело № 129/5.2020), реализуемой в рамках ПНИ 0421-2020-0013 «Разработка персонализированной терапии аффективных и невротических расстройств с учетом клиничко-динамических характеристик и предикторов её эффективности», номер госрегистрации АААА-А20-120041690009-6 (протокол ЛЭКа № 126 от 21 ноября 2019 г., дело № 126/7.2019).

Принципы диагностики депрессивных расстройств у жителей сельской местности

Синельникова О.В., Иванчикова А.Б.

**Кузбасская клиническая психиатрическая больница,
Кемерово**

Актуальность. В современных условиях проблема депрессий рассматривается как одно из ключевых направлений не только в психиатрии, но и в общей медицине. В мире более 264 миллионов человек страдают депрессивными состояниями. При несвоевременной диагностике и лечении депрессивное расстройство может хронизироваться и существенно снижать качество жизни, наиболее неблагоприятным исходом депрессии является завершённый суицид.

Цель исследования: разработка принципов диагностики и дифференциальной диагностики депрессивных расстройств у жителей сельской местности.

Материалы и методы. Методом сплошной выборки проведено исследование историй болезни у лиц, страдающих депрессивными расстройствами и проходящих курс стационарного лечения в связи депрессивным эпизодом. В исследовании применялись методы исследования: клиничко-катамнестический, клиничко-динамический, экспериментально-психологический.

Нами было обследовано 55 пациентов мужского общепсихиатрического отделения за 2018-2019 гг. Основную клиническую группу составили 30 пациентов с депрессией, проживающих в сельской местности, группой сравнения выступали 24 депрессивных больных, местом жительства которых являлся городской округ. В группах отсутствовали значимые различия по возрасту и нозологии, в каждую группу были включены пациенты с биполярным аффективным расстройством, первичным депрессивным эпизодом и рекуррентным депрессивным расстройством.

Результаты. На основе анализа данных, отражающих клиничко-психопатологические и патопсихологические особенности депрессивных расстройств у жителей сельской местности в сопоставлении с депрессиями у жителей города, нами были разработаны две группы диагностических критериев: клиничко-психопатологические и клиничко-патопсихологические критерии.

Используя клиничко-психопатологические методы исследования, мы обнаружили различия в преморбидных особенностях, характере предъявляемых жалоб, своевременности обращения за психиатрической помощью, провоцирующих факторах развития депрессии, догоспитальном течении, особенностях клинической картины, качества жизни в группах сравнения. Выявленные различия с помощью клиничко-патопсихологического метода исследования заключались в особенностях самооценки, эмоциональных компонентов отношений, в структуре личности.

Выводы. Таким образом, изучение клиничко-психопатологических особенностей депрессивных расстройств у жителей сельской местности в сопоставлении с проживающими в городе показало, что в группе пациентов-сельчан чаще отмечается наследственная отягощённость по алкоголизму, а в клинической картине депрессий чаще встречается сопутствующий алкоголизм или бытовое пьянство. Наиболее распространёнными акцентуациями характера являются лабильный и сенситивный личностные типы.

Основным психотравмирующим фактором, способствующим развитию депрессивного эпизода у жителей сельской местности, является смерть или тяжёлая болезнь близких людей. Жители сельской местности позднее горожан обращаются за помощью психиатра в связи с депрессивным состоянием длительностью 1 год. Анализ клинико-синдромологической структуры депрессий у жителей сельской местности показал, что у них наиболее распространены тревожный (ажитированный) и тоскливый синдромы.

Изучение патопсихологических механизмов формирования депрессий у жителей сельской местности продемонстрировало, что такие пациенты превосходят городских жителей по уровню ипохондричности, фиксированности на проблемах здоровья, а также по уровню ригидности или, в клиническом аспекте, паранойяльности. Группа сравнения обнаруживает более высокий уровень эмоциональной лабильности (клинические признаки истероидности), а также гораздо более высокий показатель социальной интроверсии, некоммуникабельности, замкнутости в своём «депрессивном мире».

Психосоциальная реабилитация пациентов с аффективными расстройствами в условиях психиатрического дневного стационара

Синкина О.А., Диц М.В.

Киселёвский психоневрологический диспансер, Киселёвск

В докладе ВОЗ (2001) приводится определение: «психосоциальная реабилитация – это процесс, который даёт возможность людям с ослабленным здоровьем или инвалидам в результате психических расстройств достичь своего оптимального уровня независимого функционирования в обществе».

Психосоциальная реабилитация является важным видом психиатрической помощи, которая осуществляется практически на любом этапе лечения психически больных. Психосоциальное сопровождение включает в себя комплекс медицинских, психологических, социальных мер. Современные тенденции лечения пациентов с психическими заболеваниями ориентированы на восстановление их индивидуального и социального статусов, компенсацию нарушенных психических функций, повышение социальной компетентности, долгосрочную социальную поддержку.

Большое значение имеет оказание помощи в восстановлении социальных связей, возможно утраченных во время болезни, своевременном возвращении пациентов к общественной жизни и трудовой деятельности.

Дневной стационар, являясь структурным подразделением Киселёвского психоневрологического диспансера, предназначен для оказания психиатрической помощи пациентам, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения и лечения, но которые нуждаются в лечебно-диагностической помощи в дневное время, по объёму и интенсивности приближенной к стационарной. Задачами психиатрического дневного стационара являются медикаментозное лечение пациентов, нуждающихся в активной терапии и наблюдении медицинского персонала, но в то же время не имеющих показаний для госпитализации в психиатрическое отделение; долечивание после выписки из психиатрического стационара; оказание помощи в социально-трудовой реабилитации и семейно-бытовых вопросах.

Основными целями лечения являются формирование адекватного отношения к заболеванию, предотвращение возможных рецидивов, снижение частоты дальнейших возможных госпитализаций. Так как важнейшая функция психиатрического дневного стационара – восстановительная, то цель её заключается в предоставлении пациентам возможности не чувствовать себя отверженными в обществе, поэтому психосоциальная реабилитационная работа в отделении проводится на всех уровнях, начиная с врача и заканчивая младшим медицинским персоналом.

При планировании комплексных программ психосоциальной реабилитации учитывается реализация реабилитационных блоков (медицинский, психологический, психотерапевтический, социальный). Параллельно с медикаментозным лечением, предполагающим купирование острых симптомов у пациентов и обучение лекарственному режиму, реализуются психотерапевтические программы, включающие личностно-ориентированные психотерапевтические методы (арттерапия, когнитивно-поведенческая психотерапия, тренинги по коррекции эмоциональной сферы и развитию навыков управления психическим состоянием). В рамках психосоциальной реабилитационной помощи пациентам с аффективными расстройствами организован досуг с целью создания благоприятного психологического климата: активно включаются в творческие занятия (арттерапия рисованием), имеют возможность читать книги из больничного фонда, смотреть телевизор, играть в настольные игры, а также принимают участие в организации познавательных бесед и в групповой физической гимнастике.

Важное место в комплексном лечении занимает социально-трудовая реабилитация: пациенты помогают медицинскому персоналу в благоустройстве прилегающей к стационару территории: оформляют декоративные цветники и клумбы, высаживают кустарники.

Помимо перечисленных видов психореабилитации, осуществляется комплекс индивидуальной социальной поддержки пациентов (например, оказание содействия в восстановлении документов, решении вопросов трудоспособности). Оказание психосоциальной помощи, вовлечение в трудовой процесс позволяют пациентам снять накопленное психологическое и эмоциональное напряжение, снизить последствия психологического стресса, стабилизировать эмоциональный фон, что способствует установлению открытого и искреннего межличностного общения. Таким образом, выполняется главная задача психосоциальной реабилитации – выработать личную заинтересованность в излечении и проектировании своего позитивного будущего на основе пациент-ориентированного подхода. Среди выписанных из дневного стационара незначительный процент от числа пролечившихся госпитализируются в круглосуточный стационар с ухудшением психического состояния.

Эффективность психологической реабилитации пациентов с аффективными расстройствами

Синкина О.А., Диц М.В.

Киселёвский психоневрологический диспансер, Киселёвск

Аффективные расстройства рассматриваются как психопатологические состояния в виде стойких изменений настроения. Депрессивный синдром характеризуется сочетанием таких симптомов, как подавленное настроение, снижение психической и двигательной активности с соматическими (в первую очередь) вегетативными расстройствами. Маниакальный синдром (мания) представляет собой сочетание повышенного настроения, ускорение темпа психической деятельности, чрезмерной двигательной активности. По этиологии аффективные расстройства делятся на эндогенные, психогенные, органические; по степени выраженности могут быть психотического уровня и непсихотического (невротического) уровня. Существенная роль в лечении пациентов с аффективными расстройствами отводится психологической реабилитации, которая включает в себя комплекс мер коррекционно-диагностического и восстановительного характера, общей целью которых является восстановление психического здоровья пациента.

Психологическая реабилитация, направленная на восстановление нарушенного психического функционирования, сфокусирована на следующих важных аспектах: сглаживание (ликвидация) локальных эмоциональных расстройств (возбудимость, тревога, страхи, эмоциональная неустойчивость); формирование адекватного отношения к собственному «Я», своим возможностям, заболеванию (дефекту); формирование адекватных представлений о межличностных взаимоотношениях; развитие навыков психической саморегуляции, способности к волевым усилиям.

Все планируемые мероприятия по психологической реабилитации основываются на результатах психодиагностики, которые определяют их содержательную сторону и направленность в ходе реализации в дальнейшем реабилитационных программ. Медицинский психолог выносит заключение о психологическом статусе пациента (его личностных особенностях, способах коммуникативного взаимодействия в группе, личностных установках), которое дополняет данные клинического наблюдения и позволяет определить терапевтическую тактику. На каждого пациента составляется индивидуальный план психологической реабилитации, в котором отражается весь комплекс коррекционных и развивающих мероприятий. Работа по психологической реабилитации осуществляется на основе взаимодействия психиатра, психотерапевта, медицинского психолога, социального работника. Применяемые индивидуальные психореабилитационные программы в целом направлены на восстановление отдельных психических функций пациентов, утраченных или «ослабленных» в силу заболевания и препятствующих успешной и эффективной самореализации в различных социальных условиях, жизненных ситуациях. При планировании программ учитывается реализация всех реабилитационных блоков: медицинский, психологический, психотерапевтический, социальный.

Запланированные мероприятия различных форм психологической реабилитации (музыкотерапия, библиотерапия, натуртерапия, тренинги на коррекцию эмоциональной сферы, упражнения на релаксацию и др.) позволяют осуществить комплекс терапевтических мероприятий в зависимости от механизма формирования у пациента аффективных расстройств. Применяемые лично-ориентированные психотерапевтические методы (арттерапия, когнитивно-поведенческая психотерапия, аутогенная тренировка, рациональная психотерапия) направлены на развитие навыков решения проблем общения, формирование способов саморегуляции эмоционального состояния, активизацию личностных и эмоциональных ресурсов пациента.

Важной составляющей психолого-психотерапевтической помощи пациентам с аффективными расстройствами является определение основного (базового) психотерапевтического метода, который планируется применять на протяжении всего периода лечения и выполнять главную функцию по изменению психологических механизмов данного пациента для достижения стойкого и удовлетворительного выздоровления.

Критерием результативности проведенной работы по психологической реабилитации является степень достижения цели коррекции и решения поставленных задач. Оценка результативности осуществляется посредством проведения повторной диагностики тех сторон психики и личности пациента, которые явились первоначально предметом для определения психотерапевтической тактики.

Эффективность психореабилитационных программ оценивается на основании динамики повторных психодиагностических показателей: первоначально из 9 пациентов с аффективными расстройствами у 6 диагностирован депрессивный эпизод лёгкой и средней степени тяжести, у 3 – рекуррентное депрессивное расстройство лёгкой и средней степени тяжести. В ходе проведённой работы по психологической реабилитации пациентов получены результаты: достигнуто значительное улучшение в психоэмоциональной сфере ($n=7$, 78%); двум пациентам с незначительным улучшением было рекомендовано посещение психокоррекционных занятий.

Психореабилитационная помощь даёт возможность пациенту развить уверенность в себе, повысить самооценку, сформировать позитивное и оптимистичное мироощущение, научиться адекватно и рационально понимать и регулировать своё собственное поведение и, соответственно, позволяет стать более устойчивым к возможным стрессовым и экстремальным ситуациям.

Модель психиатрической службы Кузбасса: регулирование и оптимизация в условиях новой коронавирусной инфекции

Сорокина В.А.

**Кузбасская клиническая психиатрическая больница,
Кемерово**

Приоритетной задачей психиатрической службы Кемеровской области в период пандемии новой коронавирусной инфекции (НКИ) явилось сохранение доступной и качественной специализированной психиатрической помощи при максимальной защите пациентов и медицинских сотрудников от внутрибольничного инфицирования SARS-CoV-2. Распоряжением Губернатора Кузбасса в социально значимых учреждениях области был введен особый режим работы без выхода из медицинской организации в течение 14 дней. Была прекращена плановая госпитализация в психиатрические стационары, приостановлено оказание медицинской помощи в дневных стационарах, медико-реабилитационных отделениях, лечебно-трудовых мастерских, физиотерапевтических отделениях. Были оперативно разработаны локальные нормативно-правовые документы, регламентирующие работу медицинской организации в условиях НКИ, в новом режиме работы. Все структурные подразделения больницы разделены на три зоны: красную, зеленую и желтую. Потоки посетителей, пациентов и сотрудников больницы максимально разобщены.

Акцент оказания психиатрической помощи сместился на амбулаторное звено. Психофармакотерапия психических расстройств была представлена преимущественно антипсихотическими препаратами пролонгированного действия.

По первой группе диспансерного наблюдения наблюдались одиноко проживающие и пожилые пациенты, которые обеспечивались психотропными лекарственными средствами на дому.

Психиатрическая помощь детскому контингенту оказывалась, как правило, в двух форматах: в диспансере или на дому, при этом широко использовались дистанционные формы наблюдения и консультирования детей и их родителей. Отдельно расположенный на территории больницы лечебный корпус был перепрофилирован в лечебно-диагностическое (карантинное) смешанное отделение на 80 койко-мест с инфекционным изолятором на 15 койко-мест.

В лечебных корпусах вблизи от отделений организованы общежития для сотрудников с оборудованными местами для приема пищи, сна и отдыха. Принудительные меры медицинского характера в рамках судебно-психиатрической экспертизы осуществлялись с соблюдением необходимых процессуальных требований и правил. Подача процессуальных документов в суд производилась не на бумажном носителе, а в электронном виде. Дела рассматривались дистанционно, в режиме видеоконференцсвязи. Организована курьерская служба для обеспечения бесконтактного взаимодействия структурных подразделений.

В информационно-образовательной среде была продолжена учебно-методическая подготовка кадров: 103 врача и 178 медицинских сестер больницы прошли специальную подготовку для работы в условиях НКИ. Организовано еженедельное системное информационное сопровождение медицинских работников и населения по медиаплану на коммуникационных платформах: аккаунт в Instagram, социальные сети региона, средства массовой информации, группы-чаты в мессенджерах.

В ноябре 2020 г. в больнице открыто специализированное отделение на 10 коек для лечения психически больных новой коронавирусной инфекцией. Всего пролечено 16 пациентов, из них с диагнозами шизофрении ($n=10$, 62,5%), органическое заболевание головного мозга ($n=3$, 18,8%), умственная отсталость ($n=3$, 18,8%). При этом особенностей течения и нетипичных клинических проявлений основного заболевания в связи с инфицированием НКИ не наблюдалось.

Врачами-психиатрами в красных зонах ковидных госпиталей проконсультировано 63 больных с НКИ с делириозными расстройствами в виде расстройств ориентировки в месте и в собственной личности, аффективными расстройствами с плачем и нарушением сна, тревожными расстройствами со страхом смерти, расстройствами поведения с агрессией, раздражением, отсутствием критики к заболеванию, состояниями психомоторного возбуждения. Из них 11 (17,5%) пациентов с ранее установленным диагнозом шизофрении. Лечение проводилось в соответствии со схемами лечения по Ливерпульской шкале совместимости лекарственных препаратов. Наиболее часто назначались такие психотропные препараты как рisperидон, хлопромазин, перициазин, бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (феназепам).

За период пандемии в диспансерное отделение и отделение для лечения пограничных психических расстройств с жалобами на ухудшение психического здоровья после перенесенной НКИ обратились 37 граждан. 14 (37,8%) из них получали лечение в условиях пограничного психиатрического стационара.

Более половины (n=9, 51,4%) пациентов с панастиеническими состояниями предъявляли жалобы на тотальную слабость, апатию, снижение памяти, невозможность сосредоточиться, отсутствие всяких интересов, нарушение сна. Около четверти (n=9, 24,3%) больных имели тревожно-депрессивную симптоматику: «невыносимая» тревога, опасения за своих родных, переживания из-за невозможности сосредоточиться, сопровождающиеся повышением АД, сердцебиением, одышкой. У 7 (18,9%) пациентов было диагностировано апатическое депрессивное расстройство, сопровождающееся различными соматическими жалобами (расстройства ЖКТ, тошнота, одышка, повышение АД, тяжесть в груди). 2 (5,4%) пациента поступили в стационар в связи с тревожным состоянием и нарушением сна, коморбидными со злоупотреблением алкоголем. Лечение проводилось в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, утвержденными клиническими рекомендациями, с учетом установленного диагноза психического расстройства и ранее перенесенной НКИ.

Представленная модель структурной реорганизации психиатрической службы Кемеровской области – Кузбасса в условиях новой коронавирусной инфекции эпидемиологически обоснована и обеспечила оптимальное качество, безопасность и доступность специализированной психиатрической помощи населению региона.

Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних в Кемеровской области в 2017-2019 гг.: клинический алгоритм

Сорокина В.А., Волкогон О.А.

Кузбасская клиническая психиатрическая больница, Кемерово

По данным Росстата на 01.01.2021 г. население Кузбасса составляет 2 634 376 чел., в том числе детское (0-14 лет) 488 634 чел. и подростковое (15-18 лет) 87 299 чел.

Судебно-психиатрическая экспертиза проводится в трех государственных судебно-экспертных учреждениях (Кузбасская КПБ, Новокузнецкая КПБ, Прокопьевская ПБ). Экспертными комиссиями проводятся все виды однородных и комплексных экспертиз, в том числе с привлечением психолога, сексолога, нарколога и других специалистов.

Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних, учитывающая возрастные особенности периодизации развития организма человека, лежащие в основе современных научных представлений об этапах формирования личности, по сути, является отдельным видом экспертизы. Это находит подтверждение и в позиции экспертов НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского при оценке показателей деятельности СПЭ в Российской Федерации. Сведения об этом виде исследований выделяются в отдельную статистическую группу.

В течение исследуемого периода судебно-психиатрическими комиссиями в Кузбассе были произведены экспертизы несовершеннолетних: 2017 г. – 428 (396 амбулаторных, 32 стационарных), в 2018 г. – 480 (457 амбулаторных, 23 стационарных), 2019 г. – 504 (488 амбулаторных, 16 стационарных). Общий прирост количества СПЭ несовершеннолетних за трехлетний период составил 17,8%. Вместе с тем процентный показатель СПЭ несовершеннолетних к общему числу проведенных экспертиз составил: 2017 г. (428 от 3644) – 11,7%, 2018 г. (480 от 4242) – 11,3%, 2019 г. (504 от 4778) – 10,5%, что обусловлено ростом общего числа судебно-психиатрических экспертиз в регионе.

Возрастные особенности и сложность диагностики психических заболеваний обуславливают предпочтительность комплексных СПЭ. Так, комплексные исследования составили: 2017 г. – 418, 2018 г. – 149, 2019 г. – 412. Отрицательная динамика темпа прироста комплексных экспертиз связана с тем, что в 2018 г. в связи с трагедией в ТЦ «Зимняя вишня» органами предварительного следствия назначались однородные СПЭ по вопросу о возможном наступлении психического расстройства, связанного с юридически значимой ситуацией. В 2019 г. произошел заметный прирост этого показателя, что в общем соответствует методологическим особенностям освидетельствования несовершеннолетних. При этом абсолютно преобладали амбулаторные СПЭ: 2017 г. – 379 амбулаторных и 32 стационарных, 2018 г. – только 149 амбулаторных, 2019 г. – 389 амбулаторных и 16 стационарных.

За отчетный период при проведении экспертных исследований несовершеннолетним потерпевшим также преобладали амбулаторные экспертизы: 2017 г. – 150 исследований (35% от общего числа СПЭ н/л), из них 146 амбулаторных и 4 стационарных, 2018 г. – 119 исследований (25% от общего числа СПЭ н/л), из них 115 амбулаторных и 4 стационарных, 2019 г. – 126 исследований (25% от общего числа СПЭ н/л), из них 123 амбулаторных и 3 стационарных. Число стационарных экспертиз составило 11% от общего числа СПЭ н/л потерпевших. Все стационарные исследования были назначены в силу невозможности ответить на поставленные вопросы в амбулаторных условиях.

В данной категории традиционно преобладают преступления против половой неприкосновенности несовершеннолетних (76% всех дел), затем следуют преступления против личности (21,5%), реже встречаются имущественные преступления (2,5%).

Тщательное изучение экспертологических, методологических и организационных особенностей СПЭ несовершеннолетних лиц позволило выделить проблемные аспекты данного вида исследований, которыми, по нашему мнению, являются:

1. Отсутствие в едином квалификационном справочнике Минздрава России специальности врач-психиатр детский. Как следствие, отсутствие в экспертных судебно-психиатрических комиссиях квалифицированных подростковых специалистов, прошедших системную профильную учебную подготовку судебных психиатров и психологов, привлекаемых к проведению экспертиз несовершеннолетних.

2. Отсутствие нормативно закрепленного отдельного экспертного раздела «СПЭ несовершеннолетних» и документально регламентированного Порядка проведения подобных исследований.

3. Кадровый дефицит службы СПЭ в регионе, высокий коэффициент совместительства: врачи судебно-психиатрические эксперты – 1,2, психологи – 1,6.

4. Недочеты органов предварительного следствия при подготовке материалов для СПЭ: непредоставление медицинских документов (соматических и психиатрических); отсутствие в материалах дела объективных сведений, характеризующих личность потерпевшего (информация из детских дошкольных либо образовательных учреждений, педагогических и психологических характеристик); отсутствие сведений о динамике состояния потерпевшего (показания хорошо знающих субъекта свидетелей: члены семьи, педагоги, лечащие врачи о поведении до и после деликта).

5. Адекватность выбора вида экспертизы: в ряде случаев лицо, ведущее производство по делу, ограничивается назначением однородной СПЭ, тогда как в данном случае целесообразно назначение комплексной психолого-психиатрической экспертизы. В других случаях необходимо привлечение в состав экспертной комиссии сексолога (необходимость воспроизведения закономерной последовательности этапов психосексуального развития. Кроме того, сексологическое исследование позволяет обеспечить теоретически обоснованную оценку предпосылок к завершенности формирования полового самосознания, полоролевого поведения, психосексуальных ориентаций, так как каждый из этапов подразумевает определенное наличие информации сексуального характера.

6. Организационные коллизии, когда в силу невозможности прибытия в экспертное учреждение родителей либо опекунов несовершеннолетнего функции законного представителя поручаются сопровождающим сотрудникам уголовного розыска либо водителям.

7. Отсутствие законодательной градации тяжести причиненного вреда здоровью при наступлении у несовершеннолетнего потерпевшего психического расстройства. В настоящее время действующее законодательство предусматривает один вариант квалификации наступившего вреда здоровью вследствие психического расстройства в связи с совершением в отношении него преступления – это тяжкий вред здоровью. Между тем спектр реактивных состояний достаточно широк, и психиатры-эксперты хорошо понимают разницу между развившейся в юридически значимой ситуации острой реакции на стресс (F43.0) либо наступившей в постделиктный период пролонгированной депрессивной реакции (F43.21), не говоря уже о сформированном посттравматическом стрессовом расстройстве (F42.1). Эти состояния имеют четко очерченные клинико-диагностические критерии, требуют дифференцированного лечебного подхода и кодируются различными кодами МКБ-10. Объединение данных расстройств в одну группу представляется клинически и юридически необоснованным.

8. Необходимость совершенствования методологии производства комплексных СПЭ и критериев диагностических и экспертных оценок несовершеннолетних лиц, раскрытие экспертного, медицинского и психологического смысла рекомендуемых статей УК РФ (ч. 3 ст. 20, 21, 22), обоснование вменяемости в подростковом возрасте.

Совершенствование деятельности психиатрической службы в Сибирском федеральном округе

Сорокина В.А., Грачева Т.Ю.

**Кузбасская клиническая психиатрическая больница,
Кемерово**

Психическое здоровье отражает общее состояние развития общества и является важным индикатором его социального благополучия. Структура психиатрической службы СФО включает полный перечень подразделений, необходимых для оказания психиатрической помощи в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, утвержденных Приказом Минздравсоцразвития от 17.05.2012 № 566н.

В реестр таких подразделений входят 24 психиатрических больницы с диспансерными отделениями и психиатрическими стационарами на 15 562 койки, 15 психоневрологических диспансеров, 288 психиатрических кабинетов в общесоматических больницах, 86 стационарзамещающих подразделений на 5 047 пациенто-мест.

Вопросы кадрового обеспечения продолжают оставаться чрезвычайно актуальными. Обеспеченность врачами-психиатрами на 10 тыс. населения в 2019 г. составляет 0,77, что на 2,3% меньше, чем в 2018 г. Обеспеченность психотерапевтами крайне низкая – 0,05 на 10 тыс. населения. Обеспеченность медицинскими психологами в СФО составляет 0,29 на 10 тыс. населения, при этом отмечается положительная динамика численности медицинских психологов по сравнению с 2018 г. (+7,4%). Обеспеченность специалистами по социальной работе на 10 тыс. населения по сравнению с 2017 г. выросла на 14,3% и составляет 0,08 на 10 тысяч населения,

Общая заболеваемость психическими расстройствами и расстройствами поведения в 2019 г. составила 2 778,0 на 100 тыс. населения (103,0%) (РФ – 2 698 на 100 тыс. населения). По сравнению с 2017 г. (2 942 на 100 тыс. населения) общее число лиц, обратившихся за помощью психиатра, уменьшилось на 5,6%. Первичная заболеваемость психическими расстройствами и нарушениями поведения ниже, чем в РФ – 252 на 100 тыс. населения (87,2%) (РФ – 290 на 100 тыс. населения). По сравнению с 2018 г. данный показатель уменьшился на 75,21 на 100 тыс. населения (-33,0%). Число больных, имеющих группу инвалидности в связи с психическим заболеванием, в 2019 г. составило 114 972 или 890,1 на 100 тыс. населения (124,3% по сравнению с общероссийским – 716 на 100 тыс. населения) и увеличилось по сравнению с 2018 г. на 142 человек или на 0,12%.

Число коек психиатрической службы в 2019 г. по СФО составило 15 562, что в динамике меньше на 3,9% (-635 коек), чем в 2017 г. (16197 коек). Обеспеченность стационарными койками на 10 тысяч населения в СФО за 3-летний период была относительно стабильной за счет уменьшения численности населения – лишь незначительно снизилась с 8,83 в 2017 г. до 8,6 в 2019 г., данный показатель не превышает показатель обеспеченности койками по России в целом. Количество пролеченных больных в стационаре в течение последних 3 лет сократилось на 4,6% и составило в 2019 г. 460,43 на 100 тыс. населения. Общая летальность в психиатрических стационарах в 2019 г. составила 312 (-137, или 31%, или 0,3% от числа всех пролеченных больных).

Показатель повторно госпитализированных больных в психиатрический стационар в рассматриваемый период прогрессивно снижался (-21,0%) – с 13 285 в 2017 г. до 10 506 в 2019 г. и составил 24,4% (по РФ в 2017 г. – 19,8%). Средний койко-день по СФО в 2017 г. составил 61,7, в 2019 г. частично увеличился до 63,4 (+2,1%) (РФ – 70,6). В дневных стационарах СФО в 2019 г. функционировало 3 236 пациенто-мест или 1,58 на 100 тыс. населения. По сравнению с 2017 г. произошёл рост числа мест в ДС на 5,8%. По сравнению с 2017 г. количество мест в МРО округа фактически увеличилось на 85 (+12,6%), что составляет 0,43 на 100 тыс. населения.

В соответствии с Порядком оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения отделение медико-психосоциальной работы (ОМПСР) в амбулаторных условиях организовано только в Кемеровской области, на его базе развернуто 257 пациенто-мест или 0,1 места на 100 тыс. населения.

За обсуждаемый 3-летний период деятельности психиатрической службы в СФО число мест в лечебно-трудовых мастерских снизилось на 2,5% и в 2019 г. составило 795 пациенто-мест или 0,56 на 100 тыс. населения. Наибольшее число мест в ЛПМ развернуто в Кемеровской области – 20,0 на 100 тыс. населения. Показатель госпитализации больных, госпитализированных в недобровольном порядке (ст. 29 Закона о психиатрической помощи), характеризуется тенденцией к росту. Абсолютное количество выросло на 17,4% (с 1 602 в 2017 г. до 1 888 в 2019 г.). Процентный показатель недобровольных госпитализаций от общего числа госпитализированных лиц увеличился на 24,3%, но всё ещё остается довольно низким – 2,66% от всех госпитализированных.

На основе коллективного обсуждения нами обозначены основные векторы совершенствования психиатрической службы СФО: 1) необходимость укрепления материально-технической базы психиатрических медицинских организаций, 2) необходимость повышения численности и профессиональной грамотности врачей психиатров и судебно-психиатрических экспертов путем включения в систему НМО, материального стимулирования и предоставления социальных гарантий, 3) оснащение, внедрение и эффективное использование современных информационных технологий, исследовательской аппаратуры, компьютерной техники и современных лекарственных препаратов, 4) дальнейшее расширение психосоциальной помощи лицам, страдающим психическими расстройствами (общежития, бесплатное лекарственное обеспечение, рациональное трудоустройство), 5) исполнение законодательства в области психиатрии.

Динамика психического здоровья родителей, зачавших ребенка посредством вспомогательных репродуктивных технологий

**Стоянова И.Я.^{1, 2}, Лещинская С.Б.²,
Терехина О.В.², Бохан Т.Г.²**

¹ НИИ психического здоровья ТНИМЦ, Томск

**² Национальный исследовательский
Томский государственный университет, Томск**

Актуальность. Вспомогательные репродуктивные технологии, в частности экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), являются наиболее эффективным методом лечения бесплодия, доступность которого с каждым годом повышается. По данным Российской ассоциации репродукции человека, в 2018 г. выполнено 15 8815 циклов ВРТ (1 082 цикла на 1 млн населения). Поскольку бесплодие и последующее длительное лечение являются стрессогенной ситуацией для пары (Malina A., Pooley J.A., 2017), оно отражается на психическом здоровье и психологическом благополучии супругов, которое, в свою очередь, оказывает влияние на различные аспекты их жизни, в том числе качество супружеских отношений, детско-родительское взаимодействие и т.д. В то время как психическое здоровье матери (тревожность, депрессия, уровень стресса) изучаются достаточно активно (Наку Е.А. и др., 2016; Кочерова О. Ю. и др., 2016; McMahon C.A. et al., 2013), психическое здоровье отца в таких семьях, которое так же может быть подвержено неблагоприятному воздействию, является менее изученным и зачастую остается вне поля зрения специалистов.

Цель исследования. Выявить динамику психического здоровья матерей и отцов, зачавших ребенка при помощи ВРТ, в период ожидания ребенка и на протяжении его раннего дошкольного возраста.

Материалы и методы. Собственная выборка – 250 семейных пар, участвующих в проспективном лонгитюдном междисциплинарном исследовании детского развития (PLIS). Из них сформировано две группы: основная – 90 семей, зачавших ребенка посредством вспомогательных репродуктивных технологий (группа ЭКО), и контрольная – 160 семей с естественным зачатием ребенка (ЕЗ). В рамках исследования сформировано 3 исследовательских среза: период беременности, возраст ребенка 9 месяцев, возраст ребенка 2,5 года.

В исследовании использованы три методики: 1) Шкала стресса АРА в адаптации F. Rice et al. (2010) – измеряет субъективный уровень стресса по градации от 0 до 10. Предоставляется только матери в I, II, III триместрах беременности и в возрасте ребенка 2,5 года; 2) Шкала раздражительности, депрессии и тревоги (IDA; Snaith R.P. et al., 1978) – измеряет уровень выраженности негативных эмоциональных состояний: депрессия, тревога, раздражение, направленное на себя и на окружающих людей. Предоставляется обоим родителям в период беременности и в возрасте ребенка 2,5 года; 3) сокращенная версия «The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale» (CES-D, Poulin C. et al., 2005) – оценивает выраженность аффективного компонента депрессии. Предоставляется обоим родителям в возрасте ребенка 9 месяцев и 2,5 года. При обработке данных использованы методы описательной статистики, критерий Колмогорова–Смирнова, вычисление α -Кронбаха, непараметрические методы сравнения (U-критерий Манна–Уитни для сравнения независимых выборок, Z-критерий Уилкоксона для сравнения зависимых выборок).

Результаты и обсуждение. Анализ внутренней согласованности (α -Кронбаха) выявил низкую согласованность двух шкал методики IDA: депрессия (0,38) и раздражение, направленное на себя (0,49), что не позволило их использовать в дальнейшем анализе.

В период беременности все показатели респондентов обеих групп в среднем находились в пределах низких значений. Тем не менее критерии риска с повышенными показателями выявлены у респондентов обеих групп – в семьях с ЕЗ и ЭКО, что свидетельствует о необходимости мониторинга психического состояния всех родителей в период ожидания ребенка. Уровень стресса матерей из группы ЭКО в I триместре находился на границе низких и средних значений и характеризовался значимым снижением со II по III триместр беременности ($Me_2=3,00$; $Me_3=2,00$; $Z=-2,73$; $p=0,01$; $r=0,28$). Ни один из исследованных показателей значимо не различался между группами матерей и отцов: родители с естественной и индуцированной беременностью не проявляли выраженной тревожности, напряженности и раздражения, не испытывали выраженного стресса.

В возрасте ребенка 9 месяцев у обоих родителей измерялась только выраженность депрессивных симптомов, средние значения находились в пределах низких значений. Как и в период беременности, у небольшого числа респондентов (преимущественно у матерей) были выявлены высокие показатели. Различия в показателях были значимы только для матерей и согласуются с данными, представленными A. García-

Blanco et al. (2018): депрессия была более выражена у матерей с ЕЗ, с низким размером эффекта (M (ЭКО)=5,00; M (ЕЗ)=6,00; $U=5063,50$; $p=0,00$; $r=0,20$). На наш взгляд, помимо меньшей выраженности послеродовой депрессии у женщин с ЭКО, это может быть связано с подавлением и вытеснением депрессивных симптомов в ситуации эйфорического восприятия послеродового периода женщинами с зачатием посредством ЭКО.

Выявленные уровни стресса, тревожности, раздражения и депрессии в возрасте ребенка 2,5 года у большинства респондентов находились в диапазоне низких значений и не превышали нормативные показатели, при этом межгрупповые различия были не значимы. Уровень стресса матери на данном этапе исследования значимо отличался только от уровня стресса в I триместре и только в группе ЭКО ($Z=-3,75$; $p=0,00$; $r=0,41$). В возрасте ребенка 2,5 года были обнаружены значимо более низкие показатели, что связано с высоким напряжением в ситуации неизвестности матерей с бесплодием в анамнезе на протяжении I триместра – самого опасного и тяжелого периода беременности. Выраженность тревожности ($U=4079,59$; $p=0,04$; $r=0,14$) и общего показателя негативных эмоциональных состояний ($U=3883,50$; $p=0,01$; $r=0,17$) была значимо более высокой в группе отцов с ЭКО при сопоставлении с отцами контрольной группы. В то же время в группах матерей различия отсутствовали. Уровень раздражения, направленного вовне, в возрасте ребенка 2,5 года был значимо более высоким как у матерей (ЕЗ: $Z=9,09$; $p=0,00$; $r=0,74$; ЭКО: $Z=5,60$; $p=0,00$; $r=0,65$), так и у отцов (ЕЗ: $Z=6,87$; $p=0,00$; $r=0,61$, ЭКО: $Z=5,27$; $p=0,00$; $r=0,70$) обеих групп по сравнению с периодом беременности. Общий показатель негативных эмоциональных состояний превышал показатели периода беременности у матерей группы ЕЗ ($z=2,46$; $p=0,00$; $r=0,20$) и у отцов группы ЭКО ($z=2,20$; $p=0,03$; $r=0,29$). Полученные результаты могут служить индикатором трудностей адаптации родителей к изменениям, связанным с появлением в семье ребенка. Выраженность депрессии значимо не различалась между группами матерей с ЕЗ и ЭКО и не отличалась от показателей предыдущего этапа исследования.

Выводы. Таким образом, психическое здоровье большинства матерей и отцов обеих групп (ЕЗ и ЭКО) характеризовалось низкой выраженностью стресса, тревожности, раздражения и депрессии в период ожидания ребенка и на протяжении первых 2,5 лет его жизни. Уровень стресса матерей с индуцированной беременностью в первом триместре находился на границе низких и средних значений и снижался на протяжении беременности.

Единственным показателем, значимо различавшимся между группами матерей, была послеродовая депрессия, более выраженная у женщин с ЕЗ, что подтверждает данные об эйфорическом восприятии женщинами с ЭКО беременности и материнства. Уровень психического напряжения супругов нарастал к возрасту ребенка 2,5 года, что сопровождалось ростом раздражения в обеих группах. На третьем году жизни ребенка для отцов из семей с ЭКО был характерен более выраженный уровень негативных эмоциональных состояний, в частности тревожности, по сравнению с отцами из семей с ЕЗ.

Включение программно-аппаратного резонансно-акустического реабилитационного комплекса в процесс комплексной терапии пациентов с депрессивными реакциями

Суровцева А.К.

НИИ психического здоровья ТНИМЦ, Томск

В лечении депрессивных реакций психотерапия имеет особое значение, поскольку большую роль в возникновении и формировании адаптационных расстройств играют индивидуальная предрасположенность, уязвимость к стрессу, диспозиционные характеристики личности. (Корнетов Н.А., 1993, Александровский Ю.А., 2007; Краснов В.Н., 2011; Магонова Е.Г., 2011; Иванец Н.Н., Кинкулькина М.А., Морозов Д.И., Авдеева Т.И., 2017). Эффективность лечения повышается при сочетании психофармакологической терапии, психотерапевтической помощи и современных психофизиологических методов с использованием аппаратуры. Развитие новых технологий, появление различных аппаратных методов психосоматической коррекции позволяет расширить возможности помощи пациентам с депрессивными реакциями. Одним из таких методов является разработанный в России программно-резонансный акустический реабилитационный комплекс (ПРАК). Создатели комплекса указывают широкий круг возможностей и положительного воздействия ПРАК: повышение эффективности лечения и сокращение сроков реабилитации пациентов при невротических расстройствах, ПТСР, мигрени, нарушениях сна, синдроме хронической усталости, иммунодефицитных состояниях, нарушении функций эндокринной и сердечно-сосудистой систем, желудочно-кишечного тракта, дыхательной системы и опорно-двигательного аппарата, дерматозах, инфекционных заболеваниях.

В НИИ психического здоровья Томского НИМЦ была разработана технология применения ПРАК в комплексной терапии пациентов с депрессивными реакциями для обучения методам релаксации и самоконтроля настроения. Исследовалась эффективность применения данного комплекса в терапии расстройств адаптации депрессивного спектра в качестве дополнительного метода немедикаментозной помощи. Комплексный подход к лечению позволяет добиться полного выздоровления, при котором рецидивы практически не встречаются.

Сеансы ПРАК включались в комплексное лечение расстройств адаптации депрессивного спектра наряду с другими видами помощи. В конце лечения проводилась оценка их эффективности. Критерием улучшения являлись результаты тестирования (динамика суммарного балла по клиническим и психометрическим шкалам), а также показатели субъективной оценки пациентов, посещающих сеансы ПРАК.

Основные методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-динамический, психодиагностический, статистический. Наличие аффективной патологии оценивалось клинически по критериям МКБ-10. Уровень социального функционирования пациентов в различных сферах жизнедеятельности оценивался при помощи шкалы социальной адаптации (SASS). Общая удовлетворенность качеством жизни оценивалась по шкале экспресс-диагностики качества жизни Динера. Шкала самооценки депрессии Бека (BDI) использовалась для субъективной оценки выраженности депрессии. Субъективная оценка уровня клинически значимой тревоги измерялась при помощи шкалы самооценки тревоги Шихана (ShARS). Для оценки личностных особенностей и актуального состояния использовались психологические тесты: опросник Леонгарда–Шмишека для определения акцентуаций характера, тест САН для оценки психического состояния и настроения, тест на определение уровня стресса и нервно-психического напряжения Шрайнера.

С помощью медицинской технологии с включением ПРАК было обследовано 20 пациентов с расстройством приспособительных реакций (F43.2). Выборка формировалась из госпитализированных в отделение аффективных состояний НИИ психического здоровья Томского НИМЦ больных, в нее вошли 12 мужчин и 8 женщин. Возраст в общей группе составил 58 (52-60) лет. Провоцирующими факторами для развития расстройства адаптации являлись смерть супруга (n=8), смерть близкого родственника (n=2), конфликтная ситуация в семье (n=3), потеря работы (n=7). У 13 пациентов выявлялась кратковременная депрессивная реакция (до 6 месяцев), у 7 – пролонгированная (продолжительностью более 6 месяцев).

Изучалась динамика клинико-психологического состояния в ходе проводимой терапии, включающей процедуру ПРАК. Для объективизации полученных данных динамические изменения фиксировались при помощи комплекса валидизированных и стандартизированных клинических и психологических методик. Все больные были обследованы дважды: до начала исследования (при поступлении) и через 28 дней лечения.

Первое измерение по шкалам проводилось до начала лечения. Полученные данные не выявляли снижения социальной адаптации (средний балл по шкале SASS – $40,8 \pm 4,5$), снижения качества жизни (средний балл по шкале УКЖ – $17,2 \pm 5,4$), по шкале стресса также были получены показатели, соответствующие среднему уровню выраженности стресса ($3,8 \pm 1,7$). При этом у всех обследуемых отмечались высокий уровень тревоги (средний балл по шкале Шихана – $31,2 \pm 3,8$) и высокий уровень депрессии (средний балл по шкале Бека – $24,2 \pm 2,5$). Также были получены низкие результаты по тесту САН, направленному на диагностику трех основных составляющих функционального психоэмоционального состояния – самочувствия, активности и настроения, позволяющему оценить психоэмоциональную реакцию на психологическую нагрузку, выявить индивидуальные особенности и биологические ритмы психофизиологических функций. У всех испытуемых зарегистрированы низкие показатели оценки по выделенным факторам: самочувствие – $2,4 \pm 0,5$ балла, активность – $2,4 \pm 0,43$ балла, настроение – $2,4 \pm 0,28$ балла. Оценки ниже 4 баллов свидетельствуют о неблагоприятном психофизиологическом состоянии испытуемых.

Полученные результаты отражают сложные взаимосвязи между сопоставляемыми объектами – объективная клиническая картина расстройства приспособительных реакций и субъективная оценка пациента тяжести своего психического состояния, так как необъективная и предвзятая оценка не всегда определяется выраженностью депрессивных симптомов, большое значение вносит субъективная интерпретация.

Известно, что некоторые личностные качества, индивидуальная предрасположенность или ранимость играют важную роль в риске возникновения и форме проявления расстройств приспособительных реакций. Изучение личностных особенностей при помощи опросника Леонгарда–Шмишека выявило преобладание в группе лиц с акцентуацией застревающих $17 \pm 5,4$ ($M \pm m$), возбудимых $14 \pm 2,4$ ($M \pm m$) и циклотимных $12 \pm 3,5$ ($M \pm m$) черт. Средний уровень личностной акцентуации составил $12 \pm 1,5$ ($M \pm m$) балла.

Повторное заполнение шкал опросников на 28-й день лечения показало изменение изучаемых характеристик в сторону улучшения по пяти шкалам: социальной адаптации (SASS) – $41 \pm 1,2$ ($M \pm m$) балла, депрессии Бека – $20,1 \pm 2,3$ ($M \pm m$) балла, тревоги Шихана – $13,8 \pm 9,31$ ($M \pm m$) балла, качества жизни – $20,6 \pm 3,8$ ($M \pm m$) балла и стресса – $4,0 \pm 1,8$ ($M \pm m$) балла. При депрессивной реакции выраженность депрессивных и тревожных симптомов по шкалам Бека и Шихана меньше, чем при депрессивных расстройствах, и отмечается их быстрая редукция в ходе лечения, качество жизни и социальное функционирование практически не нарушается.

Применение ПРАК в комплексной терапии расстройств адаптации депрессивного спектра начиналось с первых дней стационарного лечения. Сеансы проводились ежедневно, на протяжении 2 недель. Практически все испытуемые, за исключением двоих, положительно оценили свой опыт участия в данной процедуре, с удовольствием посещали сеансы, отмечали приятное чувство расслабления, «отвлечение от забот», приподнятое настроение, часто сохраняющееся в течение всего дня, улучшение сна, появление различных желаний, позитивных воспоминаний и мыслей (мыслей о путешествиях, желании послушать музыку, поговорить с родственниками или друзьями). Двое участников с высоким уровнем напряженности, фиксированности на психогенной ситуации, погруженностью в свои переживания во время сеанса отмечали усиление тревоги и внутреннего беспокойства. Этим пациентам было рекомендовано временно, на несколько дней, прекратить посещение процедур. Проведенное исследование показало, что применение ПРАК в комплексной терапии успешно дополняет широкий спектр методов лечения расстройств адаптации депрессивного спектра, способствует облегчению симптоматики, ускоряет процесс выздоровления у соответствующих пациентов. ПРАК является безопасным методом, удобным и простым в применении, не требует от пациентов значительных эмоциональных или физических усилий, может применяться в сочетании с другими неспецифическими методами терапии.

Работа выполнена в рамках темы новой медицинской технологии «Технология применения программно-аппаратного резонансно-акустического реабилитационного комплекса (ПРАК) в комплексной терапии пациентов с депрессивными реакциями» (Дело № 129/7.2020), реализуемой по плану ПНИ НИИ психического здоровья Томского НИМЦ (0421-2020-0013 «Разработка персонализированной терапии аффективных и невротических расстройств с учетом клинко-динамических характеристик и предикторов её эффективности», номер госрегистрации АААА-А20-120041690009-6, протокол ЛЭКа № 126 от 21 ноября 2019 г., Дело № 126/7.2019), согласно протоколу, утвержденному ЛЭК НИИ психического здоровья Томского НИМЦ (Дело № 129/7.2020).

Особенности диагностики биполярного аффективного расстройства

Тишаева Я.В.

Прокопьевская психиатрическая больница, Прокопьевск

Актуальность. Биполярное аффективное расстройство (БАР) – одно из распространенных психических расстройств, которое часто оказывается во внимании практических врачей из-за выраженности клинических проявлений, сложностей диагностики и терапии, существенных социальных и психологических последствий, а также хронического течения. Это расстройство характеризуется возникновением повторяющихся и чередующихся аффективных приступов (фаз, эпизодов), структура которых может определяться маниакальными и гипоманиакальными, депрессивными и смешанными состояниями. При этом симптоматика БАР в межприступные периоды, как правило, полностью исчезает. В зависимости от характера приступов, их продолжительности и частоты выделяется несколько самостоятельных вариантов, диагностическая квалификация и лечение которых могут вызывать серьезные затруднения. Смешанные состояния, широко представленные в структуре БАР, являются прогностически неблагоприятным фактором течения заболевания (Воробьев Р.В., 2014). Описана высокая частота (15%) встречаемости БАР в выборочной популяции пациентов с аффективными расстройствами специализированного психиатрического стационара (Зражевская И.А., 2010). Для улучшения диагностики БАР II предлагается внедрение в медицинскую практику эффективных диагностических инструментов: валидизированная русскоязычная версия опросника NCL-32 и Индекс биполярности (Ушкалова А.В., 2014).

В настоящее время отечественные специалисты недостаточно информированы о тех изменениях в понимании БАР, которые произошли на протяжении последних лет, и не располагают соответствующими диагностическими инструментами. В результате многие случаи БАР своевременно не диагностируются, а больные нередко получают неадекватную терапию, которая может способствовать затягиванию сроков лечения или трансформации состояния пациентов в неблагоприятные формы. Следует также иметь в виду, что несмотря на отсутствие при БАР выраженной прогрессивности, повторные приступы могут способствовать снижению у больных когнитивных функций, а также создавать условия для их инвалидизации.

Многие случаи БАР являются потенциально опасными в социальном плане. Это связано с высокой суицидальной опасностью депрессивных состояний и значительным риском асоциального поведения при маниях, возникающих в рамках расстройств биполярного круга. Нельзя также не обращать внимания на частое сочетание БАР с целым рядом соматических заболеваний.

Целью исследования является клинический анализ выявления типов биполярного аффективного расстройства.

Материалы и методы. Для исследования использованы статистические данные из стационарных подразделений ГБУЗ «Прокопьевская психиатрическая больница» за трехлетний период (2018-2020 гг.). На основе полученной информации выполнена обработка статистических данных.

Результаты и обсуждение. В изученной выборке (n=64, 100%) пациентов в соответствии со статистическими данными стационарных подразделений ГБУЗ ППБ выделены следующие типы БАР: БАР I типа – 31 пациент (48,5%), БАР II типа – 24 пациента (37,5%), смешанный тип – 9 пациентов (14%). 36 (56,3%) пациентам диагноз БАР был выставлен впервые. Среди них выделены следующие возрастные категории: 17 лет – 2 пациента (5,5%), 18-19 лет – 7 пациентов (19,4%), 20-24 года – 21 пациент (58,4%), 40-50 лет – 6 пациентов (16,7%). Из 36 пациентов с впервые диагностированным БАР доля мужчин и женщин была схожей: 17 (47,2%) и 19 (52,8%).

Т а б л и ц а. Основные характеристики БАР согласно статистическим данным ГБУЗ ППБ (2018-2020 гг.), абс., %

Показатель	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Пролечено БАР	31	22	11
Из них подростки	1	0	1
Установлен диагноз БАР впервые в жизни	16	14	6
Всего пролеченных психических расстройств	1497	1473	903
Процентное соотношение БАР к общему числу психических расстройств	2%	1,5%	1,2%

Выводы. Распространенность БАР в изученной нами выборке варьирует в диапазоне от 1 до 2%. В клинической картине преобладает БАР I типа с развернутыми маниакальными или депрессивными эпизодами. В большинстве случаев БАР выявляется в возрасте от 20 до 24 лет, при этом практически с одинаковой частотой у мужчин и женщин.

Экспертная оценка предоставляемых на судебно-психиатрическую экспертизу материалов

Труфанов С.Н.

**Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница,
Новокузнецк**

Предоставляемые для проведения СПЭ материалы должны быть тщательно подготовлены, так как от этого во многом зависят полнота и всесторонность предстоящего экспертного исследования, надежность экспертных выводов. Ряд необходимых для успешного проведения экспертизы действий вправе совершать только следователь или суд, и они не могут перекладывать эти действия на экспертов. Сказанное прежде всего касается материалов, подлежащих экспертному исследованию. Самостоятельно их собирать эксперты неправомерны (п. 2 ч. 4 ст. 57 УПК; ч. 11 ст. 16 ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» от 31.05.2001 М973-ФЗ).

Основным источником медицинской информации является психоневрологический диспансер (или кабинет) по месту жительства гражданина. Диспансер – не просто амбулаторное психиатрическое учреждение, обслуживающее определенную территорию, куда граждане обращаются за психиатрической помощью наиболее часто. В диспансере имеются также данные об оказании психиатрической помощи другими психиатрическими учреждениями (психиатрическими больницами, психиатрическими отделениями общесоматических больниц, клиниками и амбулаториями при научно-исследовательских психиатрических учреждениях), так как важно иметь информацию не только из психодиспансеров. Иногда в силу разных причин информация об оказании психиатрической помощи может не попасть в ПНД по месту жительства гражданина. Вероятность такого положения возрастает в связи с появлением негосударственных психиатрических служб, а также с ростом объема психиатрических услуг, оказываемых частнопрактикующими врачами-психиатрами. От психиатрических следует отличать наркологические учреждения, куда граждане обращаются по поводу лечения от алкоголизма и наркомании. Среди проходящих курс лечения в наркологических учреждениях немало лиц, страдающих психическими расстройствами. Записи в медицинской документации наркологических учреждений могут быть единственным источником медицинской информации, относящейся к психическим расстройствам (наряду с собственно наркологическими вопросами).

В ряде случаев целесообразно иметь медицинские документы не только из психиатрических и наркологических учреждений, но также из учреждений общесоматического профиля. Порой записи, сделанные терапевтом, остаются единственными медицинскими свидетельствами возможного психического расстройства. Нередко первичную психиатрическую помощь (прежде всего неотложную) там, где нет психиатра, вынужден оказывать врач другой специальности. Подобного рода наблюдения и записи могут оказаться полезными для экспертов. Записи врачей соответствующей специальности (врачей-непсихиатров) отражают обычно все сколько-нибудь значительные проявления болезни, в том числе нарушения психики.

Показания лиц относительно поведения участника процесса очень важны. При оформлении подобных показаний следствие и суд должны интересоваться не только «заметные особенности» поведения, могущие свидетельствовать о психическом расстройстве – нелепые высказывания, бессмысленные поступки, крайне вычурная и необычная манера одеваться и т.п. При ряде заболеваний психические нарушения внешне носят менее выраженный характер и способны «маскироваться» под поведение психически здоровых лиц. Суд и следствие не должны нацеливаться на выявление исключительно тех поведенческих актов, которые безусловно являются психопатологическими (поведение человека, испытывающего устрашающие зрительные галлюцинации) или расцениваются как болезненные, исходя из обыденных представлений о психическом расстройстве (по принципу «раз нет полной бессмысленности поведения, значит, человек психически здоров»). Сведения о поведении гражданина не должны быть отрывочными и хаотичными. Их необходимо собирать систематизировано и последовательно.

Следует обратить внимание на период совершения правонарушения в уголовном процессе и период сделок в гражданском процессе. Показания относительно поведения, высказываний, внешнего вида в указанный период должны быть собраны как можно более полно. Это позволит выявить возможные свидетельства нарушенной ориентировки в окружающем, недостаточного понимания им происходящего, утраты контроля над собой. В уголовном процессе всесторонне и полно следует установить характер и способ совершения общественно опасного деяния. Сами по себе они лишь косвенно свидетельствуют о состоянии психического здоровья преступника. Особая жестокость или внешняя безмотивность содеянного не являются непременными свидетельствами психического заболевания. Однако названные обстоятельства в совокупности с другими данными помогут правильно решить вопрос о психическом состоянии субъекта.

В гражданском процессе важно иметь информацию о мотивах сделок, нетипичности поведения. При этом важно иметь показания свидетелей и третьих лиц, которые бы описывали поведение подэкспертного. Наиболее ценными считаются показания родственников и лиц, хорошо знающих подэкспертного. Постоянно и длительно общаясь, эти лица более чем кто-либо другой имели возможность заметить отклонения в его поведении и подробно их описать. Вместе с тем показания свидетелей необходимо оценивать порой критически, поскольку подобные показания дают в большинстве своем лица, не сведущие в психиатрии, представления которых о психических болезнях часто далеки от реальности. Они могут принять за проявление психического расстройства некоторые непсихопатологические состояния (простое алкогольное опьянение, педагогическая запущенность подростка и пр.). В то же время они могут не заметить проявлений психического расстройства, приняв их за нормальные психологические реакции. Некоторые свидетели могут испытывать затруднения в адекватном словесном оформлении своих наблюдений за поведением обвиняемого, употреблять неточные формулировки, жаргонизмы, местные диалектизмы.

Если гражданин находился под психиатрическим наблюдением, то обладателями важной для экспертов информации становятся лечащий врач-психиатр и иные врачи, оказывавшие гражданину психиатрическую помощь. В отдельных случаях (в случае утраты или противоречивости, неполноты медицинских документов) допрос лечащего или иного врача может оказаться полезным.

По обстоятельствам, относящимся к предмету судебно-психиатрической экспертизы, должен быть допрошен и сам субъект, направляемый на экспертное исследование. Он может сообщить о себе сведения, которые неизвестны окружающим. Например, об обращении в частном порядке за психиатрической помощью, о чем не знали его родные и знакомые; о своих болезненных переживаниях, о которых он никому не рассказывал.

Подэкспертный может дать объяснение мотивов своего поступка, описать подробно или отрывочно, сослаться на частичное или полное запоминание происшедшего, выразить свое отношение к этому и т.п.

Странности и нелепости поведения подэкспертного могут наблюдаться и во время следственных действий или в судебном заседании. Из других самостоятельных источников, могущих содержать интересные экспертов сведения, стоит упомянуть характеристики с места работы, учебы или жительства. В большинстве своем они кратки и малоинформативны. Самым ценным для психиатра подчас оказывается фраза из производственной характеристики о совершаемых граждани-

ном прогулах и появлении его на работе в нетрезвом состоянии. Если проявления психического расстройства были слишком заметными и существенно влияли на успеваемость, показатели в работе или поведение в быту, они так или иначе должны найти свое отражение в подробно составленной характеристике.

Как показывает экспертная практика, основным недостатком подготовки материалов для судебно-психиатрической экспертизы является их неполнота. Зная об обращении гражданина, направляемого на экспертизу, в прошлом за психиатрической помощью следователь или суд, тем не менее, не предоставляют медицинской документации из соответствующих медицинских учреждений. Не допрашиваются лица, хорошо знавшие подэкспертного, о его поведении до и после совершения им опасного деяния в случае уголовного процесса, а в случае гражданского процесса период сделки, не устанавливаются иные обстоятельства юридически значимого периода. Это вынуждает экспертов заявлять многочисленные ходатайства о предоставлении недостающих материалов, что приводит к затягиванию сроков экспертизы, а с ними и сроков расследования, к нарушению прав граждан, необоснованным затратам экспертного труда.

Эффективность пароксетина в терапии генерализованного тревожного расстройства

Туринге О.Э.

**Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница,
Новокузнецк**

Введение. Тревожные расстройства являются распространенной формой психической патологии и возникают не только как самостоятельное психическое нарушение, но часто сочетаются с депрессией и различными соматическими заболеваниями. Подобные коморбидные состояния обычно хуже поддаются лечению и характеризуются менее благоприятным прогнозом. Значительную роль в патогенезе тревожных расстройств играют нарушения функций серотонинергической системы. Антидепрессанты класса селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) эффективны как в терапии депрессии, так и тревожных состояний. Эффективность пароксетина, представителя СИОЗС, подтверждена при лечении большинства тревожных расстройств.

В данной публикации представлен анализ результатов клинических исследований пароксетина в терапии различных тревожных расстройств (ТР). Авторы приходят к заключению, что пароксетин относится к мощным селективным серотонинергическим антидепрессантам, высоко эффективен, хорошо переносится пациентами и относительно безопасен в терапии широкого спектра тревожных состояний.

Тревожные расстройства (за исключением патологической тревоги с зависимостью от алкоголя и наркотических средств) относятся к наиболее часто встречающимся формам психической патологии. По данным эпидемиологических исследований, на протяжении жизни ТР развиваются примерно у 1/4 популяции и часто сочетаются с депрессией и различными (преимущественно психосоматическими) заболеваниями, такими как язва двенадцатиперстной кишки, артериальная гипертензия, ревматоидный артрит.

При отсутствии адекватного лечения тревожные расстройства могут осложняться злоупотреблением алкоголя, которое, в свою очередь, приобретает хроническое течение с формированием стойкой зависимости от алкоголя. В таких случаях эффективность терапии первичной патологической тревоги существенно снижается. В результате исследований, выполненных за последние 10 лет, достоверно установлена ключевая роль дисфункций серотонинергической системы в патогенезе ТР. Показано, что антидепрессанты, подавляющие обратный захват серотонина (ингибиторы обратного захвата серотонина, или ИОЗС) пресинаптическими нейронами центральной нервной системы, эффективны в терапии не только депрессии, но и тревожных расстройств.

Значительный прогресс в области фармакологических исследований в 80-е годы прошлого века ознаменовался разработкой селективных серотонинергических средств, использующихся в современной клинической практике. Их главное преимущество перед так называемыми классическими или традиционными трициклическими антидепрессантами («грязными препаратами») заключается в уменьшении побочных эффектов благодаря селективному механизму действия. Как правило, тревожные расстройства требуют длительной терапии и удовлетворительной комплаентности пациента, так как преждевременное прекращение лечения часто приводит к обострению. Одной из наиболее распространенных причин отмены и отказа от терапии является развитие нежелательных побочных эффектов, лекарственные осложнения. Благоприятный профиль переносимости вследствие высокой степени селективности способствует значительному улучшению комплаентности и приверженности к долгосрочному лечению.

Генерализованное тревожное расстройство (ГТР). Распространенность ГТР среди населения Венгрии оценивается в 4,6%. Серотонинергические антидепрессанты занимают важное место в терапии ГТР наряду с бензодиазепинами и антагонистами рецепторов серотонина 1а (буспирон). ГТР часто сопровождается зависимостью от алкоголя и ПАВ. В таких случаях не рекомендуются бензодиазепины, препаратами выбора становятся СИОЗС, не вызывающие лекарственной зависимости. Единственный недостаток СИОЗС в сравнении с бензодиазепинами – отставленный терапевтический эффект: первые признаки улучшения состояния проявляются через 10-14 дней после начала лечения. Однако СИОЗС имеют и преимущество, так как способны эффективно воздействовать на сопутствующую ГТР депрессию.

Применение пароксетина. Показано достоверное превосходство пароксетина перед плацебо по эффективности в терапии ГТР (n=324). В другом исследовании на выборке больных с ГТР (n=81) пароксетин сравнивали с традиционным трициклическим антидепрессантом (имипрамином) и бензодиазепиновым анксиолитиком (2'-хлордезметилдiazепамом). В первые 2 недели терапии выраженное улучшение наблюдалось в группе бензодиазепина, но с 4-й недели лечения в группах обоих антидепрессантов отмечалась достоверно более выраженная редукция тревожной симптоматики по показателям шкалы тревоги Гамильтона (HAM-A). В дальнейшем различия в пользу антидепрессантов сохранялись вплоть до завершения 8-недельного исследования. Эффект антидепрессантов в основном была связан с редукцией психических симптомов тревоги, а бензодиазепина – соматических симптомов тревоги. Эффективная суточная доза пароксетина при ГТР составляет 20 мг, при необходимости её можно повышать до 50-60 мг/сут без существенных изменений показателей безопасности.

Заключение. ГТР – наиболее распространенная форма психической патологии, сопровождается значительным снижением работоспособности и большими затратами ресурсов здравоохранения (службы неотложной помощи, врачи общемедицинской практики). Большое значение имеют раннее установление диагноза и назначение терапии. Пароксетин – относительно безопасный антидепрессант селективного действия с хорошей переносимостью, не взаимодействует с алкоголем. При лечении ГТР он эффективно воздействует на тревожную и депрессивную симптоматику. Благоприятный профиль побочных эффектов определяет ценность пароксетина для амбулаторной терапии, так как в соответствии с современными подходами одной из первостепенных задач лечения является восстановление работоспособности пациента.

Патоморфоз острых алкогольных психозов на современном этапе

Уваров И.А., Бурт А.А.

**Ижевская государственная медицинская академия,
Ижевск**

**НИИ Федеральной службы исполнения наказания
Российской Федерации, Ижевск**

В последние годы отмечается значительный патоморфоз острых алкогольных психозов (ОАП). Патоморфоз выражается в изменении частоты отдельных форм психозов, клинической картины и течения ОАП. Возрастает число тяжелых и атипичных алкогольных делириев, раннего дебюта ОАП (через 3-5 лет со времени начала заболевания), в частности у подростков (Агарков А.П., 2000; Стрелец Н.В., 2001). В подростковом возрасте ОАП протекают в форме алкогольного делирия и алкогольного галлюциноза и характеризуются атипичностью: острой развернутой картиной делирия, отсутствием типичной стадийности, меньшим удельным весом классических для делирия симптомов, полной или частичной амнезией психотического эпизода (Левочкина О.В., 2011). Высокий уровень суточного потребления алкоголя у лиц 33 лет и моложе повышает риск возникновения ОАП (Шувалов С.А., 2015).

В научных исследованиях последних десятилетий авторы отмечают интенсивный темп роста ОАП среди лиц молодого возраста и женщин, уменьшение доли абортивных и «классических» делириев, утяжеление течения картины заболевания, увеличение частоты вербального галлюциноза (Разводовский Ю.Е., 2002; Алиев З.Н., 2004; Алиев З.Н., Алиев Н.А., 2005; Уваров И.А., Иванец Н.Н., 2012). Под влиянием средств массовой информации, кинофильмов, современной литературы (фэнтези, детективов, триллеров) в клинической картине наиболее распространенных форм ОАП (делирия, галлюциноза, параноида) изменилось содержание клинических проявлений (террористы, боевики, СОБР, черные риелторы, организованные преступные группировки, живление чипов, датчиков прослушивания, бред трансплантационного воздействия, феномен сканера, лазерное и гипнотическое воздействие), что обусловлено влиянием социокультуральных факторов. Кроме того, наблюдается тенденция к преобладанию абортивных форм психозов, что является следствием терапевтических факторов (Уваров И.А., 2009).

Все вышеописанное зачастую затрудняет диагностику и лечение ОАП, что и определяет актуальность данного исследования.

Цель: изучение патоморфоза ОАП на современном этапе.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе БУЗ и СПЭ УР «Республиканская клиническая психиатрическая больница» г. Ижевска. Нами обследовано 33 больных ОАП, находившихся на лечении в 2020 г. Кроме того, изучены 32 архивные истории болезни пациентов ОАП, находившихся на лечении за период 1980 г. Все обследованные были мужского пола. Отбор историй производился методом случайной типологической выборки с учетом диагностических критериев МКБ-10 (раздел «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя») и МКБ-9 («Алкогольные (металкольные) психозы»).

Анализируя данные таблицы, можно отметить, что в 2020 г. по сравнению с 1980 г. уменьшилось число алкогольных делириев (48,5% и 68,5% соответственно), но в то же время увеличилась доля алкогольных галлюцинозов (42,5% и 25%) и параноидов (9% и 6,5%).

Т а б л и ц а. Распределение клинических форм ОАП в двух сравниваемых периодах – 1980 г. и 2020 г.

Вид острых алкогольных психозов	1980 г.		2020 г.	
	Абс.	%	Абс.	%
Алкогольный делирий	22	68,5	16	48,5
Острый алкогольный галлюциноз	8	25	14	42,5
Острый алкогольный бредовый психоз	2	6,5	3	9
Всего	32	100	33	100

На современном этапе в клинической картине алкогольного делирия преобладали антропоморфные галлюцинации, тогда как в 1980 г. с более высокой частотой встречались демономанические обманы восприятия. При этом выявлено сокращение продолжительности алкогольного делирия, уменьшение представленности зоологических, тактильных галлюцинаций, бредовых идей преследования, снижение выраженности аффектов страха и тревоги с одновременным ростом удельного веса ротоглоточных галлюцинаций, феномена Кандинского-Клерамбо, бредовых идей ревности, воздействия и самообвинения, проявлений онейроидных синдрома, субдепрессивного и благодушно-эйфорического аффекта, зрительных галлюцинаций эротического содержания, слуховых галлюцинаций. В 2020 г. увеличилась доля больных с атипичными делириями, систематизированным делирием, уменьшилась доля abortивного и гипнагогического делирия.

По сравнению с 1980 г. в 2020 г. резко изменилось соотношение развернутых и abortивных острых алкогольных галлюцинозов, последние стали встречаться намного чаще. Клиническая картина практически не отличалась и была представлена синдромом вербального галлюциноза и относительно систематизированным чувственным бредом преследования. Преобладали аффекты страха, гнева, тревоги и тоскливости. Поведение больных определялось содержанием голов, особенностями бредовых идей и аффективного состояния. Ориентировка в конкретно-предметной обстановке и во времени страдала незначительно. Во всех случаях содержание вербальных галлюцинаций имело отношение к больному, слуховые галлюцинации локализовались во внешнем пространстве. Содержание вербальных галлюцинаций было следующим: обвинения в пьянстве, угрозы, диалоги о больном, комментарии движений, поступков, намерений, приказы. Больные слышали не менее двух голосов. Галлюцинаторные высказывания неоднократно повторялись. В основном комментирующие «голоса» упоминали о больном в третьем лице.

Клиника острого алкогольного параноида в течение двух временных периодов была во многом схожа и включала бредовые идеи преследования в виде постоянной «слежки». В ряде случаев бред сопровождается необильными вербальными иллюзиями и галлюцинациями. В аффективной сфере наблюдались беспокойство, растерянность, тревога, страх, подавленность. Поведение больных было импульсивным (больные внезапно бросались в бегство, иногда нападали на воображаемых врагов или защищались от них). Продолжительность психоза была от нескольких дней до нескольких недель.

Таким образом, за последние 40 лет произошел существенный патоморфоз ОАП, в основном проявляющийся увеличением числа острых алкогольных галлюцинозов и сокращением продолжительности алкогольного делирия. В клинической картине ОАП наблюдалось снижение выраженности аффектов страха и тревоги, увеличение удельного веса антропоморфных и ротоглоточных галлюцинаций, феномена Кандинского-Клерамбо, бредовых идей ревности, воздействия и самообвинения, онейроидных включений, субдепрессивного и благодушно-эйфорического аффекта, зрительных галлюцинаций эротического содержания, слуховых галлюцинаций. Патоморфоз ОАП, по всей видимости, связан с широким применением современных антипсихотических средств, изменением социально-бытовых условий в жизни населения, неблагоприятной экологической обстановкой.

Депрессивные расстройства у детей и подростков

Чадова А.Н., Репецкая Т.И.

**Кузбасская клиническая психиатрическая больница,
Кемерово**

Изучение депрессивных расстройств у детей и подростков является важной проблемой в современной психиатрии. В связи с личностными и генетическими особенностями, незрелостью психических функций, возросшими требованиями со стороны общества, воздействием разных психосоциальных факторов среди детей и подростков за последние 3 года значительно возросло число депрессивных расстройств, сопровождающихся самоповреждениями. Болезненные расстройства появляются с 12 лет и старше, но наблюдаются единичные случаи депрессивных расстройств с 9-10 лет. Клинические проявления депрессии у детей и подростков имеют особенности: как правило, они «маскированные», на первый план выступают поведенческие нарушения, агрессивность и школьная дезадаптация, проявляющаяся снижением энергетического потенциала, безразличием, умственной и физической утомляемостью, реже дереализационными расстройствами и отдельными сенситивными идеями отношений. На этом фоне развивается ангедония с разочарованием в жизни. Прежде успешные ученики начинают прогуливать занятия в школе, остаются дома, ничем не занимаясь, что приводит к снижению успеваемости. Нарастает замкнутость, появляются прежде не свойственные грубость, раздражительность по отношению к окружающим, плаксивость и обидчивость, снижается аппетит, нарушается сон. Несмотря на близкое окружение в виде заботливых родных и друзей, высказывают идеи несостоятельности, никчемности. В 80% случаев отмечают самоповреждения, 91% из которых причиняется с целью замещения «душевной боли физическими страданиями», в 8% самоповреждения носили шантажно-демонстративный характер, в 1% – истинное суицидальное поведение.

При экспериментально-психологическом обследовании для оценки выраженности депрессивных расстройств используются опросник Леонгарда–Шмишека, шкалы Бека и Гамильтона. При исследовании выявляются признаки, свидетельствующие о снижении аффективного фона в виде изменений в интеллектуально-мнестической деятельности, замедления темпа восприятия и освоения нового материала, снижения познавательной активности, памяти и критики, кумуляции отрицательных переживаний.

Из обследованных нами 53 детей и подростков в возрасте от 9 до 17 лет легкий уровень депрессии составил 57%, средний уровень депрессии – 41%, тяжелый уровень депрессии – 2%. Большинство больных подросткового возраста осознают свою изменённость, анализируя наступившие в них перемены, они активно обращаются за помощью. Часто подростки не находят понимания в семье, сталкиваются с активным сопротивлением родителей, недовольством в связи с обращением за психиатрической помощью, что значительно осложняет оказание эффективной помощи. Так, 2% родителей отказываются госпитализировать детей в психиатрический стационар, мотивируя тем, что «это испортит детям жизнь», недооценивая тяжесть психического состояния ребенка, высказывая недоверие к разъяснениям врачей, 1% родителей игнорируют приобретение необходимых для лечения препаратов.

При лечении депрессивных расстройств в амбулаторных условиях приходится сталкиваться с отсутствием должного контроля со стороны родителей за приемом детьми назначенных лекарственных средств, что приводит к пролонгации аффективного состояния, снижению эффективности проводимой терапии. Лечение депрессивных расстройств у детей и подростков должно быть комплексным и включать в себя не только психофармакологическую помощь, но и психотерапию: когнитивно-поведенческую, семейную и межличностную. Только на основе тесного взаимодействия и взаимопонимания между больным, его родителями и лечащим врачом возможно достичь положительных результатов терапии, мотивации больного к изменению образа жизни и реадaptации в социуме, в профилактике аффективных расстройств.

Скоординированное сотрудничество специалистов полипрофессиональной бригады с утратившими социальные связи пациентами смешанного психиатрического и наркологического отделения

Челышев П.Е., Куренков В.С.

Юргинский психоневрологический диспансер, Юрга

В настоящее время одной из актуальных является проблема реабилитации и интеграции пациентов, страдающих наркологическими, психическими и смешанными заболеваниями, в общество. В связи с чем существенно повышается значимость социальных аспектов оказания специализированной наркологической и психиатрической помощи.

Современный мир меняется стремительно, люди все более тесно взаимодействуют с социумом и в социуме, в настоящем «советская» модель оказания специализированной помощи (диспансер – пациент – стационар) не только не актуальна, но даже вредна, так как ведет к излишней стигматизации. В данном аспекте стационарное отделение ГБУЗ ЮПНД является наглядным примером, совмещая в своей структуре обе службы – психиатрическую и наркологическую, охватывает пациентов обоих полов, разных возрастов. Одной из важных задач развития психиатрической службы является совершенствование перехода от чисто медицинской к биопсихосоциальной модели оказания помощи. Психосоциальная реабилитация определяется как процесс, который дает людям, страдающим психическими расстройствами, возможность достичь оптимального уровня самостоятельного функционирования в сообществе (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А., 2004). Рабочий процесс в стационарном отделении согласуется с главными принципами реабилитации: 1) партнерства, 2) разносторонности, 3) единства социально-психологических и биологических методов воздействия, 4) ступенчатости прилагаемых усилий. Ассертивная (полипрофессиональная) бригада представляет собой содружество специалистов разного профиля, объединенных общей целью адекватного лечения и психосоциальной реабилитации психически больных (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Немиринский О.В., 1995).

В условиях нашего отделения полипрофессиональная бригада представлена врачом-психиатром, психиатром-наркологом, медицинским психологом, специалистом по социальной работе, младшим и средним медицинским персоналом. Для повышения эффективности и сплоченности специалистов регулярно проводятся семинары по обсуждению различных текущих вопросов и путей их решения, лекционные занятия по психиатрии и наркологии, тренинги, демонстрирующие видеоматериалы, направленные на предотвращение эмоционального выгорания и профессиональной деформации, совершенствование и личностный рост, улучшение навыков общения с зависимыми и созависимыми. Функции членов ассертивной бригады строго очерчены правилами и инструктивными указаниями.

Врач-психиатр и психиатр-нарколог 1) организует работу полипрофессиональной бригады и является её руководителем, 2) при поступлении пациента в стационар верифицирует диагноз, на основании которого совместно с другими специалистами разрабатывает план индивидуальных диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, 3) проводит рациональную и эффективную психофармакотера-

пию, 4) организует и принимает непосредственное участие в просветительской работе с пациентами и их близкими, 5) осуществляет контроль за этапностью лечебной и реабилитационной программы, 6) оценивает эффективность психосоциальных воздействий.

Медицинский (клинический) психолог 1) участвует в составлении диагноза и индивидуального плана лечебно-реабилитационных мероприятий, 2) проводит развёрнутое динамическое психологическое исследование для уточнения клинических решений об изменении тактики лечения и обоснованности перехода к последующему лечебно-реабилитационному этапу, 3) проводит тренинги социальных навыков и личностного роста, функциональной тренировки поведения, 4) участвует в проведении психообразовательной работы с пациентами и их родственниками, 5) оценивает эффективность проводимых психокоррекционных воздействий, 6) совместно с другими специалистами оценивает эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий.

Специалист по социальной работе 1) участвует в разработке индивидуального плана лечебно-реабилитационных мероприятий, 2) с момента поступления пациента в стационар оценивает особенности социального статуса и социального функционирования, 3) составляет социальный паспорт и социальную характеристику пациента, 4) проводит обучение и тренинги социальных навыков, обучает умению самостоятельного проживания и самообеспечения, 5) принимает участие в решении социально-правовых вопросов, 6) осуществляет взаимодействие со службами социальной поддержки.

Младшему и среднему медицинскому персоналу отведена важная роль в структуре полипрофессиональной бригады, а именно круглосуточное наблюдение за пациентами, организация бытовых факторов для пациентов в пределах отделения, осуществление лечебных мероприятий согласно индивидуальному плану 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», целью которого является изучение различных способов межличностного взаимодействия и приобретение навыков эффективного и гармоничного общения; прочие виды тренингов. С позиций индивидуального подхода занятия проводятся небольшими группами (численностью 4-6 человек) для более качественного оказания помощи.

Показатели работы отделения свидетельствуют о высокой эффективности психосоциальной работы и в первую очередь о позитивных изменениях качественных и количественных показателей социальной компетенции пациентов. В результате комплексного биопсихосоциального полипрофессионального подхода пациенты обучаются, развивая новые способности, возвращаются в общество более адаптированными социально. В будущем планируется вовлечение в полипрофессиональную бригаду новых специалистов с дополнительными методами работы, направленными на улучшение качества жизни пациентов, одним из которых будет врач-психотерапевт. В 2021 г. уже проходит подготовку такой специалист, в 2022 г. запланирована подготовка еще одного психотерапевта, его участие в процессе терапии существенно повысит и выведет на качественно новый уровень оказываемую помощь в рамках полипрофессиональной бригады.

Список использованной литературы

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 с.
2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Мед-практика-М, 2004. 492 с
3. Свободно распространяемые материалы глобальной сети интернет.
4. Психосоциальная реабилитация в психиатрии и неврологии. Методологические и организационные аспекты / сост. Н. М. Залуцкая ; под общ. ред. Н.Г. Незнанова. СПб : СпецЛит, 2017. 600 с.

Агрессивно-криминальные правонарушения психически больных с коморбидной алкогольной зависимостью

Ширяева О.В., Семибратова Д.В., Селиванова Л.В.

**Кузбасская клиническая психиатрическая больница,
Кемерово**

Актуальность. Алкогольная зависимость является одним из самых сложных и опасных для человечества заболеваний в связи с огромными медико-социальными, морально-этическими, экономическими и духовными потерями. Особую опасность алкогольной зависимости представляет соматоневрологическая коморбидность и психопатологическая осложненность собственно аддиктивного расстройства.

В последние десятилетия внимание ученых привлекает сочетание форм психического заболевания и употребления ПАВ. По данным зарубежных авторов, коморбидность шизофрении со злоупотреблением алкоголем и алкогольной зависимостью колеблется от 30 до 50%. Большинство исследователей показывают, что больные шизофренией, осложненной употреблением ПАВ или алкоголизмом, имеют существенно более высокий риск совершения агрессивно-криминальных действий. На момент совершения преступления состояние алкогольного опьянения у преступника отмечалось в большинстве случаев. Алкогольная интоксикация обуславливает генерализацию угрожающего смысла ситуации, что вызывает агрессивные побуждения, не контролируемые из-за слабой выраженности компенсаторных механизмов, способных снизить субъективную значимость ситуации или препятствовать прямому проявлению агрессивности в поведении.

Цель исследования: изучить агрессивные противоправные действия, совершенные психически больными в состоянии алкогольного опьянения, имеющими в анамнезе длительный период злоупотребления алкоголем или наркотическими веществами.

Материалы и методы. Методом сплошной выборки исследована медицинская документация пациентов, находившихся в 2019-2020 гг. на стационарном лечении в мужском отделении принудительного лечения специализированного типа на 54 койки. В исследовании применялись клиничко-динамический и клиничко-катамнестический методы.

Результаты исследования. В исследование вошли пациенты (n=81), совершившие агрессивно-криминальные действия и находящиеся на принудлении в психиатрическом стационаре специализированного типа ККПБ. Все пациенты по нозологии разделены на 3 клинические группы: шизофрения (n=50, 61,7%), органическое психическое расстройство (n=18, 22,2%), умственная отсталость различной степени тяжести (n=13, 16,1%). В группе шизофрении преобладали больные с ведущим психопатоподобным синдромом (50%) в виде аффективных (33,3%) и галлюцинаторно бредовых (16,7%) расстройств. Средний возраст пациентов с диагностированной шизофренией составил 44,2 года. Из них 70,1% ранее неоднократно находились на принудительном лечении, 37,2% ранее были судимы.

Все пациенты с органическим поражением головного мозга были ранее судимы, их средний возраст равнялся 35 годам. В группе больных с различной степенью умственной отсталости половина были повторно судимы, средний возраст этих больных был наименьшим из трех сравниваемых групп (28,5 года). Средний возраст начала злоупотребления алкоголем для всех трех групп составил 20 ± 7 лет.

Больные шизофренией с психопатоподобной симптоматикой в 50% случаев злоупотребляли алкоголем на протяжении 3-9 лет, 38,9% – в течение 10-15 лет; с преобладающей аффективной и галлюцинаторно-бредовой симптоматикой – 3-5 лет. Длительность злоупотребления алкоголем более 10 лет в группе больных с органическим поражением ЦНС выявлена в 86,7% случаев. При этом половина из них злоупотребляла алкоголем более 8 лет. Все больные (100%) умственной отсталостью злоупотребляли алкоголем в течение последних 3-9 лет.

Выводы. В обследованной выборке лиц с психическими заболеваниями и коморбидным алкоголизмом, совершивших агрессивные криминальные правонарушения, выявлена разная длительность алкогольного анамнеза: наименее длительный (от 3 до 9 лет) – в группе лиц с умственной отсталостью, наиболее продолжительный – у больных шизофренией, причем в случае галлюцинаторно-бредовой симптоматики правонарушения совершаются на этапе 3-5 лет от начала злоупотребления алкоголем, а в случае ведущего психопатоподобного синдрома – значительно позднее. Промежуточное положение по длительности злоупотребления алкоголем к моменту совершения правонарушения занимают пациенты с органическим поражением головного мозга.

Список использованной литературы

1. Говорин Н.В., Сахаров А.В., Гаймоленко А.С. Алкогольный фактор в криминальной агрессии и аутоагрессии. Чита : Изд-во «Иван Федоров», 2009. 184 с.
2. Ильинский Ю.А. Повторные общественно опасные действия больных шизофренией, осложненной алкоголизмом. Психогенные заболевания и проблемы деонтологии в судебно-психиатрической практике: сб. науч. тр. / под ред. Г.В. Морозова. М., 1982. С. 105-111.

Распространенность и структура аффективных расстройств у больных шизофренией. Проблема фармакорезистентности

Яковлев А.С., Яковлева А.А.

**Кемеровский государственный медицинский университет,
Кемерово**

Введение. Эмоции – один из важнейших механизмов психической деятельности, обеспечивающий чувственно окрашенное обобщенное отношение к окружающему и своему внутреннему состоянию. Рас-

стройства настроения имеют место практически при любом психическом заболевании, но при шизофрении происходит изменение личности особого типа, а именно эмоциональное оскудение, снижение энергетического потенциала и прогрессирующая интровертированность. В последние годы с учетом эпидемиологических данных аффективные расстройства выдвинулись в число глобальных проблем XXI века.

Цель исследования. Оценить частоту возникновения и структуру аффективных расстройств у больных шизофренией с учетом продолжительности заболевания. Проследить взаимосвязь длительности течения шизофрении с расстройствами настроения и наличием лекарственной резистентности.

Материалы и методы. Материалом послужили данные архивных историй болезни больных шизофренией с расстройствами настроения. Методом ретроспективного анализа проведено исследование историй болезни 150 женщин, проходивших лечение в отделении 14-16 ГБУЗ ККПБ за временной промежуток с 01.01.2017 г. по 01.01.2020 г.

Результаты и их обсуждение. На начальном этапе исследования первоочередной задачей являлось разделение больных по типу течения шизофрении, в результате этого сформировано три группы: 1) непрерывный, 2) приступообразно-прогредиентный (шубообразный), 3) периодический (рекуррентный). На следующем этапе изучено распределение пациентов сравниваемых групп по давности заболевания и наличию той или иной аффективной патологии.

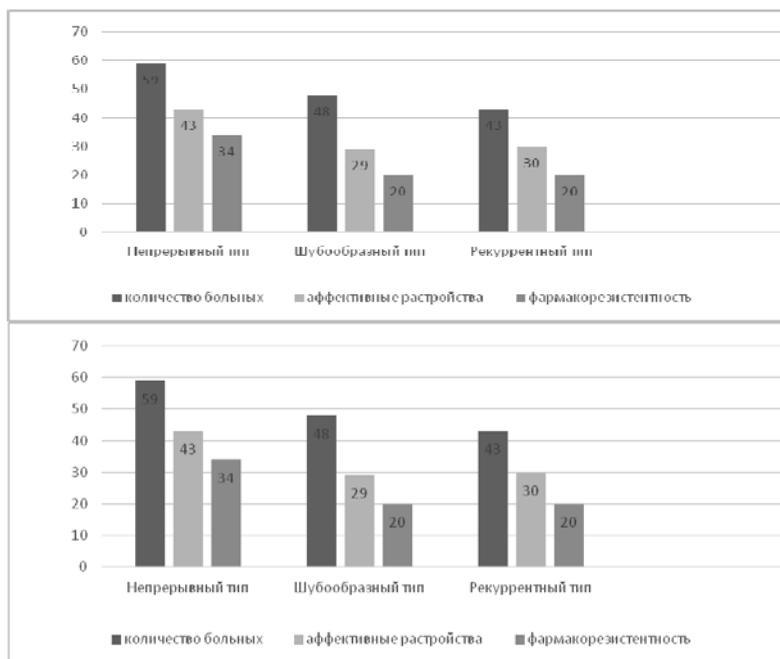
Т а б л и ц а . Распределение пациентов с шизофренией по течению процесса, давности заболевания и доле аффективных расстройств (АР)

Давность заболевания, лет	Течение процесса (тип шизофрении)					
	Непрерывный		Шубообразный		Рекуррентный	
	К-во больных	Доля АР	К-во больных	Доля АР	К-во больных	Доля АР
До 5	18	8 (44,4%)	17	10 (58,8%)	16	9 (56,2%)
6-10	21	15 (71,4%)	19	9 (47,3%)	15	11 (73,3%)
11 и более	20	20 (100%)	12	10 (83,3%)	12	10 (83,3%)
Всего	59	43 (72,8%)	48	29 (60,4%)	43	30 (69,7%)

У большинства исследуемых наблюдается непрерывный тип течения шизофрении (n=59), именно в этой группе доля аффективных нарушений наибольшая (72,8%) в сравнении с шубообразным и рекуррентным типами (60,4% и 69,7%). При изучении архивных историй болезни обнаружена тенденция к увеличению количества и тяжести аффективных расстройств в зависимости от давности заболевания.

Так, например, при непрерывном типе течения и длительности заболевания до 5 лет частота АР составляет 44,4%, при этом соотношение различных вариантов нарушения настроения (депрессивный эпизод, маниакальный эпизод, рекуррентное аффективное расстройство) примерно одинаково. При длительности заболевания более 6 лет резко возрастает частота депрессивного синдрома, пациенты становятся аутичными, не проявляют интерес к окружающему, не нуждаются в общении с другими больными.

На следующем этапе исследования определены наличие и степень выраженности фармакорезистентности при коррекции АР. Результатом явилось наличие лекарственной резистентности в 66-79% случаев, при этом её выраженность напрямую зависит от давности заболевания. Например, при шубообразной шизофрении продолжительностью менее 5 лет фармакорезистентность встречается лишь у 3 из 10 больных (30%), а при продолжительности более 11 лет у 7 из 10 человек (70%).



Р и с у н о к. Доля аффективных расстройств и фармакорезистентности у пациентов с шизофренией в трех исследуемых группах

Выводы. Таким образом, на примере изученной выборки, состоящей из 150 пациентов отделения 14-16 ГБУЗ ККПБ, среди трех изученных типов течения шизофрении выявлено преобладание непрерывного типа с постепенным изменением личностной структуры. При этом распространенность аффективных расстройств среди больных шизофренией характеризуется высокими показателями в каждой из представленных групп. В начале заболевания наблюдаются колебания аффективных расстройств, а на отдаленных этапах отмечается тенденция к нарастанию пассивности, равнодушия, бездеятельности и эмоциональному обеднению. В клинической картине на первый план выступает апатико-абулический синдром. Увеличение числа больных с явлениями лекарственной резистентности происходит в зависимости от длительности шизофрении.

Исследование продуктов окислительного повреждения липидов, белков и ДНК в плазме крови больных депрессивным расстройством

Ярыгина Е.Г., Попова Т.А., Гончикова И.А., Прокопьева В.Д.

НИИ психического здоровья ТНИМЦ, Томск

Введение. Роли окислительного стресса в патогенезе психических заболеваний посвящены многочисленные исследования. Перспективно изучение молекулярных механизмов формирования и развития окислительного стресса при депрессивном расстройстве, важна оценка уровня периферических маркеров этого состояния – продуктов окислительного повреждения биомолекул плазмы крови, к которым относятся продукты перекисного окисления липидов (ТБК-реактивные продукты, ТБК-РП), продукты окислительной модификации белков (карбонилированные белки, КБ), продукты окислительного повреждения ДНК (8-гидрокси-2'-дезоксигуанозин, 8-ОН-2'dG). Такие исследования, как правило, носят фундаментальный характер, но могут быть полезны для практического использования при разработке новых реабилитационных программ, учитывающих окислительный статус пациента.

Цель: сравнительное изучение окисленных биомолекул (ТБК-реактивных продуктов, карбонилированных белков и 8-гидрокси-2'-дезоксигуанозина) в плазме крови здоровых лиц и больных депрессивным расстройством.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 28 практически здоровых мужчин, средний возраст 41,50 (28,0-59,50) года, и 50 больных депрессивным расстройством (ДР), средний возраст 44,50 (28,0-58,0) года. Больные находились на лечении в клинике НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. Диагноз по МКБ-10 для больных ДР квалифицировался как депрессивный эпизод (F32) и рекуррентное депрессивное расстройство (F33). Участниками контрольной группы были практически здоровые мужчины, не состоявшие на диспансерном учете и на момент обследования соблюдавшие привычный образ жизни. Исследования проводились на основе принципов информированного согласия Хельсинской Декларации ВМА. На проведение исследований с участием людей было получено разрешение локального этического комитета при НИИ психического здоровья Томского НИМЦ.

Кровь для исследования брали из локтевой вены утром натощак с использованием стерильной системы однократного применения Vacutainer (Becton Dickinson, USA) с антикоагулянтом Sodium Heparin. Для получения плазмы кровь центрифугировали 10 минут при 3000 об/мин. Полученную плазму крови разливали в пробирки типа эппендорф, быстро замораживали и хранили при -80°C до использования. Карбонилированные белки в плазме крови определяли по известной методике [1] с использованием 2,4-динитрофенилгидразина (Panreas, Espana). ТБК-реактивные продукты – с применением набора реактивов ТБК АГАТ (ООО «Агат-Мед», РФ). Для измерения концентрации продукта окисления ДНК (8-гидрокси-2'-дезоксигуанозина) использовали набор DNA Damage Competitive Elisa Kit (Thermo Fisher Scientific, USA). Концентрацию белка определяли с использованием набора Total Protein 120 (Cormay, Poland). Оптическую плотность проб в планшетах (Orange Scientific, Belgium) измеряли на спектрофотометре EPOCH (BioTek Instruments, USA).

Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы «Statistica-10». Данные представляли в виде Me (QL-QU). Для оценки достоверности различий в группах с независимыми переменными использовали непараметрический критерий Манна–Уитни. Статистически значимыми различия считали при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. У больных депрессивными расстройствами концентрация продуктов ПОЛ (ТБК-РП) снижена по сравнению с контролем: 2,26 (1,85-2,67) нмоль/мл и 2,82 (2,46-3,49) нмоль/мл ($p < 0,001$). То есть у больных с депрессивным расстройством липиды плазмы крови были окислены меньше, чем у здоровых лиц. В литературе приводятся аналогичные данные, которые объясняются разными причинами.

Так, например, в обзоре с крупным метаанализом литературных источников показано, что продукты окислительного повреждения липидов и ДНК являются наиболее надежными маркерами окислительного стресса у больных ДР, при этом изучение связи уровня этих маркеров окислительного стресса с депрессией показало противоречивые результаты [2]. Одной из причин несогласованности и расхождения данных может быть предшествующая длительная терапия антидепрессантами, влияющая на уровень окисленных биомолекул в плазме крови больных депрессивными расстройствами.

Уровень КБ в плазме крови у больных ДР был повышен по сравнению с контролем: 0,30 (0,22-0,40) нмоль/мг и 0,25 (0,21-0,28) нмоль/мг ($p=0,022$). Данное наблюдение свидетельствует о повышенном уровне окисленных белков у больных депрессивными расстройствами, что согласуется с данными литературы [2, 3].

Концентрация продукта окисления ДНК (8-ОН-2'dG) плазмы крови у больных депрессивными расстройствами практически не отличалась от этого показателя здоровых лиц: 10,58 (5,88-13,07) нг/мл и 10,10 (7,43-11,92) ($p=0,966$).

Таким образом, согласно представленным экспериментальным данным у больных депрессивными расстройствами разные периферические маркеры окислительного стресса могут отличаться от соответствующих показателей здоровых лиц как в большую, так и в меньшую сторону. В представленной работе у больных депрессивным расстройством концентрация продуктов перекисного окисления липидов в плазме крови была достоверно снижена, продуктов окисления белков – достоверно повышена, а концентрация продукта окисления ДНК не отличалась от контрольных значений. Полученные неоднозначные результаты демонстрируют необходимость дальнейшего набора экспериментальных результатов для увеличения фактических данных об окислительном стрессе при этой патологии.

Список использованной литературы

1. Levine RL. Carbonyl modified proteins in cellular regulation, aging, and disease. *Free Radic Biol Med.* 2002 May 1;32(9):790-6. doi: 10.1016/s0891-5849(02)00765-7. PMID: 11978480.
2. Liu T, Zhong S, Liao X, Chen J, He T, Lai S, Jia Y. A Meta-Analysis of Oxidative Stress Markers in Depression. *PLoS One.* 2015 Oct 7;10(10):e0138904. doi: 10.1371/journal.pone.0138904. PMID: 26445247; PMCID: PMC4596519.
3. Tang V, Wang JF. Oxidative Stress in Bipolar Disorder. *Analytical Biochemistry* 2012; (S2): 002. doi: 10.4172/2161-1009.S2-002.

С о д е р ж а н и е

Артемов И.А. (Томск) Популяционно-социальное влияние на формирование контингентов больных с психическими расстройствами в Сибири	5
Баранов В.В. (Новокузнецк) Востребованность и доступность сексологической помощи в условиях Новокузнецкой агломерации по данным за 2015-2018 гг.	8
Баранов И.В., Баранова М.А., Вершинина Т.М. (Юрга) Оказание лечебно-консультативной и психопрофилактической работы на базе психоневрологического диспансера в условиях новой коронавирусной инфекции	11
Басаргина Л.А., Милехина И.Э., Басаргин Д.С. (Кемерово) Клинико-динамическая характеристика суицидальных действий пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением	14
Батюк Т.Г., Максимова О.И., Вдовина Е.В. (Кемерово) Особенности лечения постшизофренических депрессий в условиях дневного стационара	16
Белокрылова Е.В., Черемнова О.В. (Прокопьевск) Особенности психологической реабилитации пациентов, находящихся на принудительном лечении, в условиях распространения COVID-19	18
Василевская Ю.Д., Фаткулина К.Е., Сергеев В.Д. (Кемерово) Медико-психологическая и социально-трудовая реабилитация пациентов с депрессивными расстройствами в условиях медико-реабилитационного отделения	21
Васильева С.Н., Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д., Диденко Е.В., Горшкова Л.В. (Томск) Частота встречаемости алкогольной зависимости при биполярном аффективном расстройстве	24
Волгин Л.М., Москвина Я.В., Иванец И.В. (Кемерово) Депрессивные состояния и суицидальные тенденции в клинике алкогольного абстинентного синдрома у больных алкоголизмом	25
Вострых Д.В., Кирина Ю.Ю., Лопатин А.А., Пискарева О.И. (Кемерово) Комплексный подход к ресоциализации детей и подростков с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ в рамках медицинской реабилитации	27
Высоцкий С.В., Панкова Е.П., Селедцов А.М., Тихова М.В., Шамова И.П. (Кемерово) Влияние аффективных нарушений на качество жизни пациентов пожилого и старческого возрастов с сопутствующими хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями	30
Гацковская Ю.С., Ядыкина Е.В., Савинцев П.К. (Кемерово) Аффективные нарушения при оценке юридического критерия ограниченной вменяемости при шизотипическом расстройстве	34
Гизатулина Л.В., Краковная Л.В. (Кемерово) Возможности психокоррекционной работы с пациентами, находящимися на принудительном лечении в отделении специализированного типа	38

Грачева Т.Ю., Сорокина В.А. (Кемерово) Принципы организации и оказания социальной помощи в психиатрических медицинских организациях ...	44
Гусев С.И. (Кемерово) Особенности клинического течения аффективных расстройств в пожилом возрасте и социальные аспекты системы поддержки при аффективной патологии	48
Гусев С.И., Лончакова В.В. (Кемерово) Некоторые клинические аспекты аффективных расстройств при COVID-19	51
Гусев С.И., Устьянцев Л.Г. (Кемерово) Клиническая структура аффективных расстройств у несовершеннолетних	54
Демко А.А., Обеснюк О.А. (Кемерово) Клинические особенности гипервентиляционного синдрома у пациентов с невротическими состояниями в период пандемии COVID-19	57
Динкель О.Л. (Прокопьевск) Психические нарушения в структуре постковидного синдрома	60
Долотина Л.А., Кушнарева О.М., Кияниченко Ю.И. (Кемерово) Агрессивные нарушения, обусловленные депрессивным состоянием у детей и подростков	63
Евтушенко Е.И., Титиевский С.В., Токарева А.С., Панченко Д.Р. (Донецк) Особенности течения и принципы медикаментозного лечения биполярного аффективного расстройства у населения, проживающего в зоне локального военного конфликта	67
Зорохович И.И., Кирина Ю.Ю., Лопатин А.А., Садардинов С.Ф., Селедцов А.М. (Кемерово) Психопрофилактическая направленность наркологических медицинских осмотров в условиях изменения законодательства ...	69
Иванчикова А.Б. (Кемерово) Эффективность применения антиконвульсантов при лечении лиц с органическими психическими расстройствами	72
Карауш И.С., Дашиева Б.А., Никитина В.Б. (Томск) Клинические особенности расстройств адаптации у пациентов с сопутствующей патологией щитовидной железы	74
Кратовский А.Ю., Куренков В.С., Челышев П.Е., Селедцов А.М. (Кемерово, Юрга) Расстройства невротического спектра у лиц, перенесших COVID-19-ассоциированные пневмонии, на территории г. Юрга и Юргинского района	79
Кулебакина С.Ф., Нохрина Т.Н., Ларина И.А., Старостенко С.И. (Ленинск-Кузнецк) Оказание психологической помощи родственникам погибших шахтеров – работников шахты им. С.Д. Тихова Ленинск-Кузнецкого муниципального округа	82
Кустов Г.В., Зинчук М.С., Герсамя А.Г., Попова С.Б., Рагузин А.С., Галкина И.В., Позз И.Б., Аведисова А.С., Гехт А.Б. (Москва) Факторная структура десятипунктной шкалы дистресса Кесслера у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами	85

Лаврентьева Т.В., Ларина И.А., Носов А.В., Демина В.Г. (Ленинск-Кузнецкий) Эмоциональное выгорание у медицинских работников, участвующих в оказании стационарной помощи психиатрическим больным, в условиях вахты во время пандемии COVID-19	88
Лаврентьева И.М., Ситенкова К.В. (Кемерово) Диагностическая оценка депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств	92
Ларина И.А. (Ленинск-Кузнецкий) Внедрение новых методов в деятельность Ленинск-Кузнецкой психиатрической больницы в период пандемии новой коронавирусной инфекции	94
Ларина И.А., Носов А.В., Волкова Н.Н. (Ленинск-Кузнецкий) Записки оптимиста, или «как быть?»	99
Лисовицкая Г.Б., Шилова Е.Ю., Авдюшкина Т.В. (Кемерово) Самоповреждающее поведение подростков как симптом психического расстройства ...	103
Макарова О.В., Васильева К.С. (Кемерово) Роль антидепрессантов в терапии поведенческих нарушений при тяжелых формах деменции (по материалам мужского соматогеронтопсихиатрического отделения)	106
Мелёхин А.И. (Москва) Кататрения или сонный стон: психотерапевтические аспекты	108
Мелёхин А.И. (Москва) Применение метакогнитивной терапии при лечении тиннитуса и слуховой гиперестезии	111
Мелёхин А.И. (Москва) Рецидивирующий цистит у женщин как соматоформное расстройство	115
Москвина Я.В. (Кемерово) Организации внутренней среды деятельности Кузбасской клинической психиатрической больницы в условиях новой коронавирусной инфекции	121
Нохрина Т.Н., Кулебакина С.Ф., Ларина И.А., Старостенко С.И. (Ленинск-Кузнецкий) Психокоррекционные занятия на аудиовизуальном комплексе «Диснет» при панических атаках	123
Нургаллиев Р.А. (Прокопьевск) Аффективные нарушения в структуре послеродовых психозов в стационаре	125
Обеснюк В.В., Обеснюк О.А. (Кемерово) Клинические и электрофизиологические проявления при невротических (истерических) депрессиях, формирующихся у лиц с резидуальной органической недостаточностью головного мозга	128
Обеснюк О.А., Обеснюк В.В., Демко А.А. (Кемерово) Клинические и нейрофизиологические аспекты аффективных нарушений в период пандемии COVID-19	131
Орлянская Н.Н., Самаковская О.А. (Белово) Последовательность и единство оказания лечебно-профилактической помощи: принципы организации работы Беловского психоневрологического диспансера в условиях коронавирусной инфекции	135

Правилова Н.С., Телегина Н.Ю., Орлянская Н.Н. (Белово) Оказание медицинской помощи в диспансерном отделении пациентам от 60 лет и старше с непсихотическими психическими расстройствами	138
Пустовая А.В., Челышева Л.В. (Томск, Новосибирск) Результаты функциональной диагностики акустических стволовых вызванных потенциалов при детском аутизме	142
Рошина О.В. (Томск) Эффективность антидепрессантов с разным механизмом действия в отношении базисных симптомов депрессивных расстройств ..	144
Рублева О.П., Лопатин А.А., Миглевская Т.Н., Суховольская А.С., Вострых Д.В. (Кемерово) Разработка информационных стандартов для детско-подросткового контингента о коронавирусе (из опыта работы Телефона Доверия)	147
Рубцова О.С., Рублева О.П., Белоногов М.Е., Зорохович И.И., Вострых Д.В. (Кемерово) Решение проблемы семейного насилия в практике Телефона Доверия	151
Руденко Л.С. (Томск) Психологические предпосылки самоповреждающего поведения у студентов	154
Савельев А.Е. (Прокопьевск) Психотерапия коморбидных депрессивных расстройств у лиц с тревожным, уклоняющимся расстройством личности ...	157
Самаковская О.А., Хомченко О.А., Орлянская Н.Н. (Белово) Актуальные вопросы наблюдения лиц с резидуально-органическими психическими расстройствами	160
Селедцов А.М., Кирина Ю.Ю., Акименко Г.В. (Кемерово) Коронавирусный синдром: неожиданные последствия пандемии	163
Серебренникова А.В., Орлов М.В., Буланова Я.В. (Кемерово) Детская шизофрения у взрослых: вопросы адаптации и социального функционирования	167
Сивiryк И.А. (Кемерово) Особенности течения депрессии при шизофрении	170
Симуткин Г.Г., Яковлева А.Л., Васильева С.Н., Диденко Е.В., Погосян Э.Л. (Томск) Взаимосвязь атак гнева с риском суицидального поведения при коморбидности аффективных и личностных расстройств	173
Синельникова О.В., Иванчикова А.Б. (Кемерово) Принципы диагностики депрессивных расстройств у жителей сельской местности	175
Синкина О.А., Диц М.В. (Киселёвск) Психосоциальная реабилитация пациентов с аффективными расстройствами в условиях психиатрического дневного стационара	177
Синкина О.А., Диц М.В. (Киселёвск) Эффективность психологической реабилитации пациентов с аффективными расстройствами	179
Сорокина В.А. (Кемерово) Модель психиатрической службы Кузбасса: регулирование и оптимизация в условиях новой коронавирусной инфекции	182

Сорокина В.А., Волкогонов О.А. (Кемерово) Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних в Кемеровской области в 2017-2019 гг.: клинический алгоритм	184
Сорокина В.А., Грачева Т.Ю. (Кемерово) Совершенствование деятельности психиатрической службы в Сибирском федеральном округе	187
Стоянова И.Я., Лещинская С.Б., Терехина О.В., Бохан Т.Г. (Томск) Динамика психического здоровья родителей, зачавших ребенка посредством вспомогательных репродуктивных технологий	190
Суровцева А.К. (Томск) Включение программно-аппаратного резонансно-акустического реабилитационного комплекса в процесс комплексной терапии пациентов с депрессивными реакциями	193
Тишаева Я.В. (Прокопьевск) Особенности диагностики биполярного аффективного расстройства	197
Труфанов С.Н. (Новокузнецк) Экспертная оценка предоставляемых на судебно-психиатрическую экспертизу материалов	199
Туринге О.Э. (Новокузнецк) Эффективность пароксетина в терапии генерализованного тревожного расстройства	202
Уваров И.А., Бурт А.А. (Ижевск) Патоморфоз острых алкогольных психозов на современном этапе	205
Чадова А.Н., Репецкая Т.И. (Кемерово) Депрессивные расстройства у детей и подростков	208
Чельшев П.Е., Куренков В.С. (Юрга) Скоординированное сотрудничество специалистов полипрофессиональной бригады с утратившими социальные связи пациентами смешанного психиатрического и наркологического отделения	209
Ширяева О.В., Семибратова Д.В., Селиванова Л.В. (Кемерово) Агрессивно-криминальные правонарушения психически больных с коморбидной алкогольной зависимостью	212
Яковлев А.С., Яковлева А.А. (Кемерово) Распространенность и структура аффективных расстройств у больных шизофренией. Проблема фармакорезистентности	214
Ярыгина Е.Г., Попова Т.А., Гончигова И.А., Прокопьева В.Д. (Томск) Исследование продуктов окислительного повреждения липидов, белков и ДНК в плазме крови больных депрессивным расстройством	217

Научное издание

Третьи Корниловские чтения

**КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ
АСПЕКТЫ АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ**

Сборник тезисов

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

(Кемерово, 29 апреля 2021 г.)

Под научной редакцией
академика РАН Н.А. Бохана

Рецензенты:

И.И. Шереметьева – д.м.н., профессор, и.о. ректора ДПО ФГБОУ ВО
«Алтайский ГМУ» (Барнаул) Минздрава России

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

Выпускающий редактор И.А. Зеленская

Подписано в печать 30.04.2021 г.

Формат 60x84¹/₁₆.

Бумага офсетная № 1. Печать офсетная.

Печ. л. 14,25; усл. печ. л. 13,25; уч.-изд. л. 12, 77.

Тираж 500. Заказ № 209.

Отпечатано в типографии ООО «Интегральный переплет»
634009, Томск, Дербышевский переулок, 26Б, помещение 4002
Тел.: +7 (3822) 22-33-93, +7 (913) 889-59-96, +7 (382) 264-47-49
E-mail: exlidges@list.ru