

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ПСИХИАТРИИ
И НАРКОЛОГИИ ИМ. В. П. СЕРБСКОГО»

VII НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС по социальной психиатрии и наркологии

**«Стратегические направления охраны
и укрепления общественного
психического здоровья»**

МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА

**23–25 МАЯ 2018 г.
г. Тюмень**



УДК 616.89:613.8(063)
ББК 56.14
С83

С83 Стратегические направления охраны и укрепления общественного психического здоровья: материалы VII Национального конгресса по социальной психиатрии и наркологии (г. Тюмень, 23-25 мая 2018 года). [Электронный ресурс].
Тюмень: РИЦ «Айвекс», 2018. 261 с.

Под редакцией д. м. н., профессора *З. И. Кекелидзе*

Редакционная коллегия:

член-корреспондент РАН *Ю. А. Александровский*

д. м. н., профессор *Т. В. Клименко*

д. м. н., профессор *В. Н. Краснов*

д. м. н., профессор *Е. В. Макушкин*

д. м. н., профессор *Б. С. Положий*

д. м. н., профессор *А. А. Портнова*

д. м. н., профессор *А. А. Ткаченко*

д. психол. н., профессор *А. Б. Холмогорова*

д. м. н., профессор *А. Б. Шмуклер*

к. м. н. *С. В. Данилова*

Сборник подготовили:

Н. Б. Гончарова

Е. В. Родяшин

М. Г. Фомушкина

А. В. Ольков

© ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского», 2018

© Авторский коллектив

СОДЕРЖАНИЕ

Коррекция родственников наркологических больных с проблемами созависимости.....	14
<i>Адамова Т. В.</i>	
Связь латентных парафильных тенденций с аноргазмией у женщин	16
<i>Айриянц И. Р., Кибрик Н. Д.</i>	
Страх как фактор разрушения здоровья.....	18
<i>Акулич М. М.</i>	
Влияние общедоступных виртуальных ресурсов на искажение психосексуального развития подростков	20
<i>Алексеева Г. Н.</i>	
Психосоциальная терапия при шизофрении: предварительные итоги семинара для участников полипрофессиональной бригады	22
<i>Андрейчик Л. А., Семенова Н. Д., Еремеева Н. В., Крылова А. В., Волосовец Т. В., Андросов Е. И.</i>	
Динамика патологии влечений у больных нервной анорексией и булимией при малопрогрессирующей шизофрении	24
<i>Арсеньев А. Р., Артемьева М. С.</i>	
Опыт оказания медико-психологической помощи пострадавшим и родственникам погибших при пожаре в г. Кемерово.....	26
<i>Баева А. С., Захарова Н. М.</i>	
Результаты скрининга актуальных и потенциальных факторов риска суицидального поведения несовершеннолетних	28
<i>Банников Г. С., Вихристюк О. В., Павлова Т. С., Летова А.В., Баженова М. Д.</i>	
Методологические и методические вопросы интеграции и индивидуализации психотерапевтической помощи.....	30
<i>Бобров А. Е.</i>	
Соматизация как синдром в структуре психических расстройств, связанных со стрессом	32
<i>Бойко Е. О., Погодина М. Г., Доде-Ходе Т.А.</i>	
Динамика жизнестойкости старших подростков в программе профилактики употребления алкоголя	35
<i>Бузина Т. С., Колпаков Я. В., Волчкова Ю. В.</i>	

К вопросу о совершенствовании подхода к внедрению психосоциальных мероприятий в работу с больными.....	37
<i>Бурьгина Л. А., Семенова Н. Д., Палин А. В.</i>	
Возрастная специфика обоснования ограниченной вменяемости лиц с органическим психическим расстройством.....	39
<i>Вандыш В. В., Дадашев Р. Х.</i>	
Сексуальные расстройства в проекте МКБ-11: проблемы судебно-психиатрической диагностики.....	41
<i>Введенский Г. Е.</i>	
Роль стрессовых факторов в патогенетической взаимосвязи психической и соматической патологии	43
<i>Вельтищев Д. Ю., Лисицына Т. А., Ковалевская О. Б., Серавина О. Ф., Зелтынь А. Е., Дрождина Е. Н., Овчаров П. С., Абрамкин А. А.</i>	
Связь нарушений детско-родительских отношений с расстройствами пищевого поведения у подростков	45
<i>Воликова С. В., Соколова А. С.</i>	
Модификация методики «Гомункулюс» А. В. Семенович для клинической психодиагностики детей	47
<i>Генгер М. А.</i>	
Опыт применения телемедицинских технологий в судебно-психиатрической экспертизе в Красноярском крае	49
<i>Гершенович Г. М., Петров А. С., Мокшина Т. О.</i>	
Судебно-психиатрическая оценка органических психических расстройств коморбидных алкогольной зависимости	51
<i>Гиленко М. В.</i>	
Оценка невербального поведения при смешанном расстройстве личности	53
<i>Гильбурд О. А., Масалкова Ю. М.</i>	
Взаимосвязь когнитивных функций с показателями эндотелиальной дисфункции и нейромаркерами у больных алкоголизмом	55
<i>Гольгина С. Е., Сахаров А. В.</i>	
Связь нарушений семейных коммуникаций с эмоциональным неблагополучием у взрослых с заиканием	57
<i>Горшкова Е. Н., Воликова С. В.</i>	

Неблагоприятный детский опыт как фактор риска раннего начала употребления ПАВ.....	59
<i>Гречаная Т. Б., Корчагина Г. А., Ярцева Е. В.,</i>	
Особенности самоповреждающего поведения подростков связанного с употреблением психоактивных веществ	61
<i>Григорьева А. А.</i>	
Психосоциальные факторы риска формирования аддиктивного поведения у сотрудников органов внутренних дел	63
<i>Давыдова Н. Е., Злоказова М. В., Ичитовкина Е. Г.</i>	
Психосоциальные аспекты здоровья и субъективное благополучие сельских подростков	65
<i>Дашиева Б. А., Тюлюпо С. В., Александрова Л. А.</i>	
Психодерматология в клинике семейно-сексуальных дисгармоний	67
<i>Добаева Н.В</i>	
Значение осведомленности врачей общей практики по вопросам психического здоровья	69
<i>Довженко Т. В., Бобров А. Е., Царенко Д. М.</i>	
Роль эстетических категорий в психотерапии наркологических больных.....	71
<i>Дудко Т. Н., Коротина О. В.</i>	
Сравнительная клиничко-динамическая характеристика синдрома отмены метадона и героина	73
<i>Егиян В., Клименко Т. В.</i>	
Качество жизни пациентов с расстройствами шизофренического спектра.....	75
<i>Захаров Н. Б.</i>	
Психические нарушения у пострадавших и родственников погибших при пожаре в г. Кемерово.....	77
<i>Захарова Н. М., Баева А. С.</i>	
Анализ структуры нарушений психического здоровья у сотрудников органов внутренних дел.....	79
<i>Злоказова М. В., Ичитовкина Е. Г.</i>	
Практические аспекты посмертных амбулаторных комплексных судебно-психиатрических экспертиз.....	81
<i>Зотов П. Б., Кузнецов П. В.</i>	

Личностные и социально-демографические характеристики лиц молодого возраста, систематически употребляющих «новые» психоактивные вещества.....	83
<i>Игумнов С. А., Лобачева А. С., Николкина Ю. А., Шахова С. М.</i>	
Эпидемиологическое обоснование возможности профилактики и лечения психических расстройств при злокачественных новообразованиях	85
<i>Казаковцев Б. А.</i>	
Рецидивы депрессивных расстройств и возможные пути их профилактики	87
<i>Канаева Л. С.</i>	
«Психосоматические маски взросления».	
Разбор клинического случая	90
<i>Каракозьян О. Н., Александьян Е. К.</i>	
Проблемы оказания сексологической помощи в России	92
<i>Кибрик Н. Д., Ягубов М. И.</i>	
Медицинская реабилитация аффективной сферы пациентов с желчнокаменной болезнью.....	94
<i>Кирпиченко А. А., Фомин Ф. А.</i>	
Судебно-психиатрическое значение «новых психоактивных веществ»...	96
<i>Клембовская Е. В., Печенкина О. И., Сатьянова Л. С., Мустафина Т. Б.</i>	
Психометрические методы экспертной оценки лиц с алкогольной зависимостью	98
<i>Клименко Т. В., Кузнер А. В., Дмитриев А. С.</i>	
Некоторые характеристики подростков Забайкальского края, совершивших противоправные действия	100
<i>Клинова М. А., Сахаров А. В., Ступина О. П.</i>	
«Актуальный кризис» как модель оказания экстренной психиатрической помощи в рамках «Альянса национального реагирования»	103
<i>Ковингтон Д.</i>	
Современный комплексный подход к организации медицинской помощи больным с психотическими расстройствами вследствие употребления синтетических каннабиноидов	105
<i>Козлов А. А., Шахова С. М., Клименко Т. В.</i>	

Медико-психологическая помощь и сопровождение при чрезвычайных ситуациях в школах.....	107
<i>Козырева С. Ф., Ошевский Д. С., Сыроквашина К. В.</i>	
Проблема изучения внутренней картины болезни пациентов, зависимых от психоактивных веществ, с сопутствующими социально значимыми инфекциями.....	109
<i>Колпаков Я. В., Бузина Т. С., Зелтынь Т. В.</i>	
Механизмы криминальной агрессии при эпилепсии	111
<i>Корнилова С. В.</i>	
Проблемы психопрофилактической помощи в раннем детском возрасте	113
<i>Кремнева Л. Ф., Козловская Г. В.</i>	
вторичная и третичная профилактика у пациентов с когнитивными нарушениями цереброваскулярной природы	115
<i>Крюков В. В., Самедова Э. Ф., Емельянова И. Н.</i>	
Анализ проведенных посмертных амбулаторных комплексных судебно-психиатрических экспертиз в ГБУЗ ТО «ОКПБ»	117
<i>Кузнецов П. В., Зотов П. Б., Спадерова Н. Н., Лебедев А. В.</i>	
Антисуицидальные сайты: сегодня и завтра	119
<i>Куликов А. Н., Любов Е. Б.</i>	
Роль психообразования в системе реабилитации лиц, совершивших общественно-опасные действия	120
<i>Кулыгина М. А., Макушкина О. А., Панченко Е. А.</i>	
Изменение уровня суицидов в Удмуртской Республике в разные социальные периоды.....	122
<i>Лазебник А. И.</i>	
Приемы индукции руминативного и децентрированного фокусов внимания в психообразовании и психопрофилактике.....	124
<i>Лопатина М. Ю., Пуговкина О. Д.</i>	
Личностная незрелость как фактор риска формирования аддиктивного поведения	126
<i>Лукьянцева И. С.</i>	
Интернет как интегральная часть антикризисной программы для молодежи	128
<i>Любов Е. Б.</i>	

К проблеме расширения и сужения компетенций в судебно-психиатрической экспертизе	130
<i>Макушкин Е. В., Морозова М. В., Савина О. Ф.</i>	
К методологии комплексных экспертных исследований в судебно-психиатрической экспертизе	132
<i>Макушкин Е. В., Савина О. Ф., Морозова М. В.</i>	
Актуальные аспекты комплексной профилактики противоправного поведения лиц с психическими расстройствами	134
<i>Макушкина О. А., Панченко Е. А.</i>	
Диагностика ПТСР у детей из условий внутрисемейного физического насилия.....	136
<i>Марголина И. А., Шимонова Г. Н.</i>	
Системный подход к психическому здоровью больных БА и ХОБЛ	138
<i>Мартынова Н. В., Краснов В. Н.</i>	
Обстоятельства, актуализирующие влечение к алкоголю во время ремиссии у больных алкоголизмом.....	140
<i>Меликсетян А. С.</i>	
Особенности депрессивного состояния больных с сопутствующей соматической патологией на фоне психофармакотерапии.....	142
<i>Моисейчева О. В., Степанов И. Л.</i>	
Особенности профилактики суицидального поведения у сотрудников органов внутренних дел	144
<i>Никитин И. Е., Злоказова М. В., Ичитовкина Е. Г.</i>	
Реконструкция памяти при ее активном извлечении при химической аддикции	146
<i>Никишина В. Б.</i>	
Длительная госпитализация у пациентов с алкогольной зависимостью может быть обусловлена недиагностированной коморбидной депрессией.....	148
<i>Николишин А. Е., Чупрова Н. А., Соловьева М. Г., Кибитов А. О.</i>	
Психологическое сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья в образовательной организации.....	150
<i>Новикова Г. Р.</i>	
Аддиктивное поведение у пожилых больных шизофренией.....	152
<i>Осколкова С. Н.</i>	

Особенности психотерапии пациентов, совершивших общественно опасные действия	154
<i>Панченко Е. А.</i>	
Суицид как сценарное поведение.....	156
<i>Паршин А. Н., Семенова Е. В., Еденова А. Н.</i>	
Феноменологическая шкала зависимости от персонального компьютера, интернета и мобильных устройств	158
<i>Пережогин Л. О.</i>	
Дифференцированность когнитивных конструкторов при различных видах химической аддикции.....	160
<i>Петраш Е. А.</i>	
Диагностика и коррекция последствий физического и сексуального насилия над детьми	162
<i>Платонова Н. В. , Марголина И. А.</i>	
Психопрофилактическое и психотерапевтическое значение религиозной веры	164
<i>Полищук Ю. И., Летникова З. В.</i>	
Социальные и клинические особенности пациентов, обращающихся за наркологической помощью на этапе формирования алкогольной зависимости	166
<i>Понизовский П. А.</i>	
Интегративная модель психотерапии зависимого пищевого поведения.....	168
<i>Приленская А. В., Приленский Б. Ю.</i>	
Телесноориентированная психотерапия при пищевой аддикции	170
<i>Приленский Б. Ю., Фёдорова И. И.</i>	
Когнитивные мишени психопрофилактики эмоциональных расстройств в подростковой и молодежной популяции	172
<i>Пуговкина О. Д.</i>	
Этнокультуральные особенности суицидального поведения лиц с психическими расстройствами в республике казахстан	174
<i>Распопова Н. И.</i>	
Психопрофилактика декомпенсаций пограничного расстройства личности у студентов	176
<i>Романов Д. В.</i>	

Новые возможности клинической скрининг-диагностики непсихотических психических расстройств	178
<i>Руженков В. А., Руженкова В. В.</i>	
Учебный стресс и особенности адаптации студентов-медиков (транскультуральное исследование)	180
<i>Руженкова В. В.</i>	
Новые психоактивные вещества: социальные аспекты	182
<i>Рыбакова Л. Н.</i>	
Лонгитюдная нейропсихологическая оценка когнитивного снижения в когорте ликвидаторов аварии на ЧАЭС.....	184
<i>Рыжова И. А.</i>	
Связь отдельных аспектов психологической гибкости и эмоционального благополучия у студентов	186
<i>Ряuzова Е. С., Пуговкина О. Д.</i>	
Психопрофилактика психологического здоровья личности спортсмена	188
<i>Самойлов Н. Г., Алёшичева А. В.</i>	
Невротические расстройства и аддикции у студентов разных типов учебных заведений	190
<i>Сахаров А. В., Тимкина О. А.</i>	
Опыт создания и работы кабинета микропсихиатра	193
<i>Селянина М. Н.</i>	
Динамика нозологической структуры пациентов кризисного отделения за последние 10 лет	195
<i>Семенова Е. В., Паршин А. Н., Еденова А. Н.</i>	
Психическое здоровье женщины: проблемы и перспективы.....	197
<i>Семенова Н. Д., Качаева М. А.</i>	
Суицидальное поведение при органических психических расстройствах	199
<i>Сергеева Е. А., Васильев В. В.</i>	
Психопрофилактика в психиатрии очаговых поражений головного мозга	201
<i>Серебровская О. В., Скипетрова Л. А., Стародубцев С. В., Черемин Р. А.</i>	

Характеристика современного потребления психоактивных веществ сельскими подростками-школьниками РФ	203
<i>Скворцова Е. С.</i>	
Полиморфизм RS45460698 гена рецептора серотонина HTR3B связан с риском возникновения зависимости от алкоголя	205
<i>Соловьева М. Г., Николишин А. Е., Чупрова Н. А., Кибитов А. О.</i>	
Актуальные вопросы межведомственного взаимодействия отделения амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы и судебно-следственных органов.....	207
<i>Спадерова Н. Н., Лебедев А. В., Медведева И. В., Кузнецов П. В., Гринь В. В., Жилова Р. Я.</i>	
Сравнительные характеристики больных с текущим депрессивным эпизодом в зависимости от его длительности	210
<i>Степанов И. Л., Козлов Б. Е.</i>	
Особенности организации работы отделения стационарной СПЭ для лиц, не содержащихся под стражей, в Краснодарском крае.....	212
<i>Стрижев В. А., Бойко Е. О., Наджарьян А. И.</i>	
Принципы комплексной терапии наркоманий в Республике Казахстан	214
<i>Субханбердина А. С.</i>	
Проблемы современной психологии развития применительно к экспертным исследованиям несовершеннолетних.....	216
<i>Терехина С. А.</i>	
Эпидемиологические особенности смертности от внешних причин, включая суициды, в Республике Башкортостан	218
<i>Тимербулатов И. Ф., Евтушенко Е. М. Тимербулатова М. Ф.</i>	
Пути повышения обоснованности и достоверности экспертных выводов.....	220
<i>Ткаченко А. А., Демидова Л. Ю.</i>	
Эпилепсия: клинико-психологические характеристики	222
<i>Токарева Н. Г.¹, Железнова Е. В.²</i>	
Организация психотерапевтической помощи в Центре реабилитации «Тараскуль»	224
<i>Томина Е. И.</i>	

Культурный уклад и психическое здоровье подростков: пролегомены к междисциплинарным решениям	226
<i>Тюлюпо С. В., Дашиева Б. А., Истомин К. В.</i>	
Профилактика рецидивов алкогольной зависимости у женщин с риском лишения родительских прав	228
<i>Улезко Т. А., Клименко Т. В.</i>	
Юридический критерий ограниченной вменяемости при органическом расстройстве личности вследствие эпилепсии	230
<i>Усюкина М. В., Лаврущик М. В.</i>	
Применение методик скрининга и профилактического консультирования в наркологической практике и в первичном звене здравоохранения	232
<i>Фадеева Е. В., Ненастьева А. Ю., Вышинский К. В.</i>	
Система психологического сопровождения несовершеннолетних суицидентов в Республике Башкортостан	234
<i>Хох И. Р.</i>	
Клинико-психопатологические проявления нарушений социального познания у больных биполярным аффективным расстройством	236
<i>Царенко Д. М., Довженко Т. В., Юдеева Т. Ю.</i>	
Организация медицинской помощи пациентам с зависимостями, находящимся в негосударственных реабилитационных центрах	238
<i>Целинский Б. П., Дудко Т. Н., Габрильянц М. А.</i>	
Динамика частоты суицидов в Китае с позиции теории психологического напряжения.....	240
<i>Цзе Чжан</i>	
Некоторые организационные аспекты профилактики суицидального поведения психически больных.....	241
<i>Цупрун В. Е.</i>	
Клиническая психология и психиатрия: перспективы интеграции.....	243
<i>Черемин Р. А., Серебровская О. В., Стародубцев С. В.</i>	
Доверие как проблема психиатрической службы в современной России	245
<i>Черепанова В. Н., Приленский Б. Ю.</i>	

Предикторы формирования поведенческих расстройств у несовершеннолетних правонарушителей в гендерном аспекте	247
<i>Чибисова И. А.</i>	
Предупреждение общественно опасных действий лиц с умственной отсталостью во внебольничных условиях	249
<i>Числов А. В., Астапченко М. В.</i>	
Страх смерти в норме и у суицидентов	251
<i>Чистопольская К. А., Ениколопов С. Н.</i>	
Организационные проблемы взаимодействия современного образования и специализированной психиатрической службы.....	253
<i>Шалимов В. Ф.</i>	
Социально-психологические характеристики наркозависимых, находящихся в негосударственных реабилитационных центрах	255
<i>Шарова Е. Н., Злоказова М. В.</i>	
Интегративная психотерапия в комплексном лечении пациентов, страдающих синдромом зависимости от алкоголя с наличием коморбидной эндогенной патологии.....	257
<i>Шуплякова А. В., Игумнов С. А., Коренский Н. В., Петрухина О. С.</i>	
Способность к эмпатии у больных биполярным аффективным расстройством.....	259
<i>Юдеева Т. Ю., Кривоклякина А. В.</i>	

КОРРЕКЦИЯ РОДСТВЕННИКОВ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ПРОБЛЕМАМИ СОЗАВИСИМОСТИ

Адамова Т. В.

*ННЦН – филиал ФГБУ «НМИЦПН им. В. П. Сербского» г. Москва,
e-mail: atv_56@mail.ru.*

Проявления созависимости у родственников наркологических больных достаточно разнообразны: повышенная тревожность, эмоциональная неустойчивость, стремление всех и все контролировать, пониженная самооценка, склонность осуждать других, расстройства сна, астения, обострение соматических заболеваний и пр.

Цель исследования: изучение особенностей (вариантов) созависимости у родственников наркологических больных и разработка технологий оказания психотерапевтической помощи.

Задачи исследования: 1. Определить степень выраженности созависимости у родственников наркологических больных. 2. Определить уровень мотивации на психотерапевтическую работу созависимого поведения.

Методы исследования: клиническая беседа, анкетирование; шкала созависимости Дж. Фишера (Fischer J., адаптированная В. Д. Москаленко); авторский опросник на определение степени созависимости из 13 вопросов; Торонтская Алекситимическая Шкала (TAS-26) (G. J. Taylor и соавт. (1985).

Объект исследования: в исследование включено 45 человек, которые были разделены на 2 группы: первую группу (основную, 28 чел.), составили родители и ближайшие родственники больных наркоманией и алкоголизмом. Вторую группу (контрольную, 17 чел.) составили лица, в нуклеарных семьях, в которых нет наркологических больных.

В первой группе (основной), у 15 чел. (53,6%) – диагностирована умеренно выраженная созависимость; у 13 чел. (46,4%) – резко выраженная созависимость. Алекситимия выявлена у 11 чел. (39,2%). Во второй группе (контрольной) наличие созависимости не выявлено.

Уровень мотивации созависимых на участие в психотерапевтической программе основной группы: выявлено три подгруппы.

Первая подгруппа – 21 чел. (75%) – составили обследуемые, предпочитающие формальный уровень взаимодействия с врачами-наркологами и психологами. Они пришли на консультацию не по поводу «своей проблемы», а по поводу «проблемы своего зависимого родственника». В процессе клинической беседы у них было выявлено отрицание созависимого поведения. Эти пациенты категорически отказались от коррекции и преодоления созависимого поведения и утверждали, что смогут добиться от больных родственников воздержания от употребления ПАВ.

Вторая подгруппа – 3 чел. (10,7%) – составили лица, готовые предпринимать усилия по собственному изменению. Они обратились с запросом: «научите меня иному поведению», «скажите, как мне себя вести».

Третья подгруппа – 4 чел. (14,3%) – составили обследуемые, не нуждающиеся в дополнительной мотивации на участие в психотерапевтической работе по преодолению созависимых отношений.

Добиться психотерапевтического успеха у созависимых пациентов 1 группы фактически не удалось, но через 2-3 месяца 7 человек (26%) из них повторно обратились за помощью, и весь процесс начинался с преодоления алекситимии и понимания болезненных расстройств у зависимых от ПАВ.

Пациенты второй и третьей групп прошли весь психотерапевтический процесс, что значительно нивелировало симптоматику созависимого поведения.

Успех психотерапевтической коррекции был достигнут за счет использования когнитивно – поведенческой психотерапии в течение одного года.

СВЯЗЬ ЛАТЕНТНЫХ ПАРАФИЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ С АНОРГАЗМИЕЙ У ЖЕНЩИН

Айриянц И. Р., Кибрик Н. Д.

*Отделение сексологии и терапии сексуальных дисфункций МНИИП – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России,
e-mail: dok-kibrik@mail.ru*

Проблема коитальной аноргазмии у женщин остается актуальной, несмотря на изменение отношения общества к женской сексуальности, широкой доступности сексологической литературы, сексуальных тренингов и продукции «секс-шопов». По данным статистики разных стран, процент женщин, не получающих оргастической разрядки при близости с партнером, колеблется от 10 до 25%. При этом первичная коитальная аноргазмия составляет довольно высокий процент – по нашим данным, до 75% обратившихся на прием пациенток. В 62% случаев эта дисфункция сопровождается выраженным снижением сексуального влечения.

Исследование 56 пациенток с коитальной аноргазмией в возрасте от 22 до 43 лет показало, что 21 (37,5%) страдали алибидемией и диспареунией, у 15 (26,7%) отмечалась гиполибидемия, и 20 (35,7%) не предъявляли жалоб на снижение сексуального влечения. У всех пациенток выяснялись сексуальные предпочтения в сценариях близости с партнером, подробности сексологического анамнеза – формирование либидо с детальным выяснением детских, юношеских и зрелых фантазий сексуального содержания, используемых при мастурбации, излюбленных сценариев эротической литературы и фильмов романтического и эротического содержания, а также история сексуального дебюта и опыта отношений с партнерами до брака, или до настоящих отношений. 47% пациенток обнаруживали задержку психосексуального развития на эротической фазе, 15% – на платонической. У 36% пациенток выявлялись латентные гомосексуальные тенденции: 62% в группе пациенток с алибидемией и диспареунией, 47% в группе с сочетанием коитальной аноргазмии и гиполибидемии. 24% пациенток из 1 группы (аноргазмия + алибидемия + диспареуния) имели опыт отношений с женщинами, причем половина из них находила эти отношения более «возбуждающими», «комфортными» и «безопасными».

Среди женщин из 2 группы (аноргазмия+гиполибидемия) подобный опыт имели 20%, называли его «интересным экспериментом», однако предпочли традиционные отношения по соображениям социальной адаптации. Среди пациенток 3 группы (изолированная коитальная аноргазмия) 45% фантазировали на тему однополого секса, предпочитали сюжет группового контакта 2-х женщин и одного мужчины, однако, подобного опыта не реализовывали. Изучение, вербализация латентных предпочтений пациенток, анализ и учет в диагностике данных состояний и включение элементов их эротических фантазий при проведении партнерской психотерапии является успешным приемом секстерапии подобных расстройств.

СТРАХ КАК ФАКТОР РАЗРУШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Акулич М. М.

*ФГАОУ ВО «Тюменский государственный университет», г. Тюмень,
e-mail: m.m.akulich@utmn.ru*

Здоровое общество – это стабильное общество, устойчиво развивающееся и обеспечивающее удовлетворение потребностей и социальную защиту своих членов, в котором человек может развиваться и реализовывать свои способности и таланты. Здоровье человека и общества, в том числе и психическое, зависит от многих условий и факторов, имеющих политические, экономические, общественные, социокультурные, психологические и семейно-бытовые особенности.

Страх является важнейшим психологическим фактором, оказывающим значительное влияние на состояние психического, а в последствии и физического здоровья нации, общества и человека. Страх в той или иной мере изучали многие философы и ученые, среди них С. Кьеркегор, З. Фрейд, Э. Фромм, К. Хорни, Г. Тард, Г. Лебон, Н. А. Бердяев и многие другие. Вместе с тем важно рассмотреть страх как угрозу здоровью, как источник формирования болезненного состояния. А для этого необходимо понять особенности социального и индивидуального страха, а также технологии формирования страха. Порой этот процесс происходит неосознанно, но целенаправленно.

Социальный страх – это эмоциональное состояние общества, социальной общности, то есть социальной группы или сообщества, связанное с актуализированной проблемой выживания. Социальный страх может проявляться в форме паники в чрезвычайных условиях, в форме актуализации силы воли в условиях войны, в форме повышенного уровня тревожности и неуверенности в завтрашнем дне в мирное время. Социальный страх отличается от индивидуального отличается тем, что здесь нельзя применить стратегию «убегания». Социальный страх бывает и другого типа, когда индивид боится социума, не может нормально адаптироваться и интегрироваться в него. Такой страх, казалось бы, является проблемой отдельного человека. Однако, если таких отдельных личностей оказывается много, то это становится угрозой стабильности общества.

Ярким примером такого проявления страха могут служить периоды революций, перестройки и т. п.

Индивидуальный страх, обычно и справедливо, связывается с инстинктом самосохранения, реакцией человека на опасность или угрозу. В психологии индивидуальных страхов, фобий насчитывается очень много, начиная от страха мышей и заканчивая страхом вхождения в социум. Человек может как переживать страх, так и «прятаться» от него, уходить в себя. Известна и изучены ситуации и, когда человек стремится к другому и боится его, а это, конечно, способствует возрастанию его неуверенности. Актуализированный страх формирует нервное, болезненное, стрессовое состояние и поведение человека.

Существуют врожденные страхи, рассмотрение которых не будет осуществлено в данных тезисах. Обратим внимание на страхи человеком приобретенные. Страх индивида в отличие от социального воспитывается и социализируется. В процессе воспитания ребенка взрослые интенсивно навязывают страх. С самого раннего возраста в семье ребенка целенаправленно пугают наказанием, полицией, «плохим дяденькой» и т. д., а в последствии учителем, директором школы, снова наказанием. В детском саду пугают, что все расскажут родителям, а в школе плохими оценками, родителями, директором, тем, что ребенок может стать изгоем и еще многим другим. Конечно, когда ребенок знает, что в семье его любят, а учителя ценят, то страх или не возникает вовсе, или быстро проходит, не оказывая влияния на его психику. В этой ситуации ребенок вырастает смелым и уверенным в себе.

В заключение отметим, что в интересах и человека и общества социальные институты, связанные с воспитанием и социализацией, должны развивать и все более активно применять механизмы, основанные на любви, доверии и ценности человека, а не на страхе.

ВЛИЯНИЕ ОБЩЕДОСТУПНЫХ ВИРТУАЛЬНЫХ РЕСУРСОВ НА ИСКАЖЕНИЕ ПСИХОСЕСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ПОДРОСТКОВ

Алексеева Г. Н.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, e-mail: alekseevagalja@yandex.ru

В настоящее время наметилась тенденция к снижению возраста обращающихся за помощью в отделение сексологии и терапии сексуальных дисфункций лиц с расстройствами половой идентификации с более или менее выраженным намерением смены биологического пола.

Активная вовлеченность подростков и лиц молодого возраста в общение в интернет-сообществах видоизменяет условия и процесс формирования полового самосознания данного контингента лиц, делает непредсказуемым исход хаотичного воздействия факторов среды на половую идентификацию подростков, искажая психосексуальное развитие.

Избыток виртуального общения в ущерб реальному наполняет сознание подростков фантазийными образами, которые становятся преградой для установления и поддержания адекватных гармоничных гетеросексуальных отношений в реальности, способствуя возникновению отклонений в формировании психосексуальных ориентаций и отсутствию реализации сексуального влечения.

Усвоение стандартов мужского и женского типов поведения зависит уже не только и не столько от ближайшего окружения (семейного и школьного), но и от виртуального сообщества.

Родители часто недооценивают влияние виртуальных угроз на развитие ребенка, в том числе развитие его сексуальности, не понимая реальности происходящего в социальных сетях. Отсутствие благоприятной атмосферы поддержки, принятия и любви со стороны родителей, отказ от своевременного обсуждения тем, касающихся в том числе полового воспитания, усугубляет ситуацию.

Исследование группы подростков с переживанием гендерной дисфории выявило ряд свойственных этой группе особенностей:

переживание чувства неудовлетворенности собой и недовольство окружающими, чувство одиночества, обидчивость, вера в свою исключительность, завышенная самооценка, безразличие к близким, наличие противоречий между желаемым и действительным во всех сферах жизни, демонстративные формы поведения, готовность к борьбе.

Важнейшей задачей по формированию адекватной гармоничной гетеросексуальности и профилактике искажения психосексуального развития вплоть до отторжения своего биологического пола является минимизация негативного влияния интернет-сообществ, а также усилия, направленные на привлечение внимания родителей к сфере интересов их детей в онлайн-мире.

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ИТОГИ СЕМИНАРА ДЛЯ УЧАСТНИКОВ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРИГАДЫ

Андрейчик Л.А.* , Семенова Н.Д.** , Еремеева Н.В.* ,
Крылова А.В.* , Волосовец Т.В.* , Андросов Е.И.*

* ГБУЗ ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина ДЗМ Филиал ПНД 5 Дневной стационар, г. Москва,

** ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва,
e-mail: niyami2020@gmail.com

Психосоциальная терапия шизофрении, суть которой – восстановление нарушенных в результате болезни личностных ресурсов, – остается важнейшим направлением в психиатрии. Теоретический анализ состояния проблемы, анализ и систематизация имеющихся эмпирических исследований, а также направлений, форм и методов работы, – позволяет сделать вывод о том, что линия развития психосоциальных вмешательств во многом повторяет логику развития исследований в психотерапии: *фаза легитимации, фаза соревнования, фаза предписания, и, наконец, фаза исследования процесса.*

Последнее, а именно вопрос о том, как собственно «работает» психосоциальная терапия при шизофрении, вопрос о механизмах изменения, – представляет особый интерес, тем более, если это сопровождается интенцией внедрить исследовательские находки в практику или модифицировать уже имеющиеся психосоциальные вмешательства. Этому был посвящен ряд семинаров и мастер-класс, проведенные с участниками полипрофессиональной бригады дневного стационара.

Программа реализовалась двумя параллельно идущими процессами: 1) интерактивные занятия с врачами; 2) занятия с пациентами (мастер-класс с последующим дидактическим и клиническим разбором для участников полипрофессиональной бригады). Предварительным итогом данных мероприятий были обозначенные участниками пути оптимизации «работы» психосоциальной терапии при шизофрении в условиях дневного стационара. Во-первых, следует максимально использовать ресурс больных, которые, после

перенесенного психоза и выписки из больницы обращаются в амбулаторные службы. Даже при отсутствии полной критики к своему состоянию и факту наличия психического заболевания значительная часть больных осознает необходимость поддерживающей терапии, необходимость посещения дневного стационара, а также имеет общую позитивную установку на контакт с лечащим врачом и специалистами бригады. Во-вторых, следует расширить диапазон психосоциальных мероприятий для больных, который подчас сводится к единственной опции – психообразованию, реализуемому в индивидуальном или групповом формате. В-третьих, общие принципы психосоциальной терапии и реабилитации, разработанные в недрах отечественной психиатрии (партнерство, разноплановость воздействий, единство психосоциальной и биологической составляющей, ступенчатость и этапность), следует дополнить частными, оформляющими, в основе которых – теории мотивации.

В целом, следует исходить из подкрепленной исследованиями психосоциальной терапии шизофрении, что даст возможность двигаться вперед, к эмпирически обоснованной модели психосоциальной терапии, вбирающей в себя все известные на данный момент терапевтические возможности.

ДИНАМИКА ПАТОЛОГИИ ВЛЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ И БУЛИМИЕЙ ПРИ МАЛОПРОГРЕДИЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Арсеньев А. Р., Артемьева М. С.

*Медико-психологический центр «Мобилмед», ФГАОУ ВО РУДН, г. Дубна,
Московская область, г. Москва,
e-mail: mobyl03@yandex.ru*

Цель: изучение динамики патологии влечений (ПВ) при синдроме нервной анорексии (НА) и булимии (НБ), протекающем в рамках малопрогрессирующей шизофрении.

Материалы и методы. Проведено клинико-психопатологическое и катамнестическое исследование 51 больного в ПБ № 14 г. Москвы и в Медико-психологическом центре «Мобилмед» г. Дубны. Длительность катамнестического наблюдения составляла до 30 лет (1986-2017 г.).

Результаты. Нарушения пищевого поведения (НПП) проявлялись у 31,4% больных в стойком отказе от приема пищи – НА, у 68,6% – в приступах переедания с последующим вызыванием рвот (НБ). Выявлено, что ПВ – это синдромокомплекс, включающий в себя нарушение трех основных психических процессов: воли, мышления и эмоций, выраженность которых меняется в зависимости от стадии и длительности заболевания. ПВ к отказу от приема пищи, перееданиям и рвотам были ведущими в клинической картине НПП у обследованных. Выделены IV стадии формирования синдрома ПВ к приему пищи по преимущественной выраженности нарушений воли, мышления или эмоций.

На I-ой стадии преобладали идеаторные расстройства. Влечение носило сверхценный или паранойяльный характер, в основном дисморфофобического содержания. На II-ой стадии отказ от еды, переедания и рвоты начинали приносить удовольствие, доходящее до эйфории. Аффективный компонент становился преобладающим в ПВ, пропадал количественный и качественный контроль. III-я стадия наступала при максимальной охваченности влечением и утрате ситуационного контроля. Эту стадию можно охарактеризовать как аффективно-волевою. При НА это совпадало с грубыми сомато-эндокринными нарушениями. Синдром патологии влечений

при НА и НБ при малопрогрессирующей шизофрении в момент максимальной остроты клинических проявлений достигал фактически психотического уровня с полной охваченностью, вовлеченностью и отрешенностью от внешнего мира. IV-я стадия характеризовалась оскудением, выхолащиванием аффекта. В этой стадии преобладали волевые компоненты влечения, со снижением воли, и ПВ приобретали характер пищевых и непищевых однообразных obsessions и ритуалов с элементами стереотипий. На протяжении болезни облигатными были сопутствующие ПВ: злоупотребление ПАВ (табакокурение, алкоголизм, наркомания); сексуальные ПВ; трудоголизм; компьютерная и интернет зависимость; ПВ к татуажу, пирсингу, пластике, самоповреждениям суицидального и несуйцидального характера; ПВ к получению врачебной помощи и вычурным формам самооздоровления. Выявлены различия и особенности расстройств влечений при НА и НБ. При НА в анамнезе ведущими в клинической картине были сенесто-ипохондрические, деперсонализационно-дереализационные расстройства, а также скованность, повышение мышечного тонуса, что расценивалось как проявления мягкой кататонии. При НБ имело место значительное разнообразие, брутальность сопутствующих ПВ на фоне психопатоподобного поведения с импульсивностью, несинтонным бурным выражением эмоций, легкой сменой аффекта, элементами дурашливости, отсутствием чувства такта. У больных с НБ в анамнезе часто возникали зависимости от ПАВ. Указанные расстройства влечений могли быть расценены как проявления гебоидного синдрома. У больных с НБ установлена высокая коморбидность с аффективной патологией и большая эмоциональная сохранность, чем у больных с НА.

ОПЫТ ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ И РОДСТВЕННИКАМ ПОГИБШИХ ПРИ ПОЖАРЕ В Г. КЕМЕРОВО

Баева А. С., Захарова Н. М.

*ФГБУ «НМИЦПН им. В. П. Сербского» Минздрава РФ, г. Москва,
E-mail: natali_oslo@mail.ru*

Ежегодно в России фиксируется около 9,5 тыс. погибших людей в 150 тыс. очагов возгораний. Гибель людей является одной из наиболее тяжелых психотравмирующих ситуаций, приводящей к возникновению глубоких психических нарушений как у родственников погибших, так и у выживших.

Многолетний опыт участия в ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций (ЧС) показал, что в острый период необходимо особое внимание уделять работе с пострадавшими (взрослыми и детьми) с целью достижения адекватного их психического и физического функционирования.

С этой целью была создана бригада специалистов-психиатров, в задачи которой входило оказание специализированной лечебно-диагностической, лечебно-профилактической, медицинской помощи пострадавшим и родственникам погибших при пожаре в ТРЦ «Зимняя вишня» в г. Кемерово. Были развернуты пункты: в штабе по ликвидации ЧС (на базе школы № 7, в Доме Ветеранов) и в морге. Специалистами бригады оказывалась медико-психологическая помощь, включающая оценку психического состояния пострадавших и родственников погибших, определение степени выраженности психических нарушений, связанных со стрессом, проведение психотерапевтической коррекции имеющихся расстройств, подготовку родственников погибших к ритуальным мероприятиям (351 обращение).

Проводились психопрофилактические мероприятия в виде мониторинга психического состояния (повторных консультаций) и психотерапевтической коррекции психических нарушений (14 человек). На этапе опознания тел погибших и во время ритуальных мероприятий оценивалась динамика психического состояния родственников и, в случае необходимости, оказывалась специализированная помощь (39 обращений). Совместно с врачами скорой

помощи определялись алгоритм и тактика оказания медицинской помощи (в том числе возможность госпитализации) лицам с острыми психогенными реакциями (7 случаев). Осуществлялись выезды на дом (24 обращения) и в больницы г. Кемерово (14) для диагностических консультаций и оказания психотерапевтической помощи. Оказывалась методическая помощь психологам, врачам скорой помощи, специалистам по социальной защите населения, участвующим в ликвидации последствий ЧС по вопросам тактики сопровождения родственников погибших в судебно-следственных и траурных мероприятиях. Проведен цикл лекций «Организация психологической и психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях» (прослушали более 300 человек). Оказывалась консультативная помощь руководителям аппарата Администрации Кемеровской области по вопросам стратегии и тактики работы персонала в условиях чрезвычайной ситуации. Проводилась индивидуальная психотерапевтическая коррекция постстрессовых расстройств у сотрудников Администрации (7 человек). В настоящее время продолжается работа по оказанию помощи населению (диагностическая и психотерапевтическая помощь) в штабе по ликвидации последствий ЧС, осуществляются выездные консультации пострадавших, госпитализированных в общесоматические и психиатрические стационары г. Кемерово. Ведутся учебно-методические консультации для специалистов-психиатров. Планируется продолжение оказания медико-психологической помощи с особым усилением в предполагаемые критические периоды, связанные с выдачей и захоронением останков, датами/периодами, обусловленными ритуальными мероприятиями.

РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГА АКТУАЛЬНЫХ И ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Банников Г. С.¹, Вихристюк О. В.², Павлова Т. С.²,
Летова А. В.², Баженова М. Д.²

*Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России¹,
Центр экстренной психологической помощи ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»², г. Москва*

Выявление неспецифических факторов риска суицидального поведения в общей популяции при помощи скрининговых процедур является одним из базовых форматов первичной профилактики суицида. В зарубежных программах чаще всего проводят диагностику следующих факторов риска: депрессия, злоупотребление ПАВ, прошлые попытки суицида и случаи самоповреждения. Такие масштабные скрининговые проекты, как Teen Screen, National Survey on Drug Use and Health, WHO European Network on Suicide Prevention ориентированы на оценку риска суицидального поведения в общей популяции подросткового и юношеского возраста.

Цель скрининга: первичное выявление обучающихся с признаками актуальных и потенциальных факторов риска развития суицидального поведения. *Теоретико-методологическое обоснование* предлагаемого скрининга: интерперсональная теория суицида, модель развития суицидального поведения у подростков, когнитивная модель суицидального поведения, теория социально-психологической дезадаптации А. Г. Амбрумовой.

Методики: шкала безнадёжности (А. Веck), Шкала одиночества (UCLA версия 3, Д. Расселл 1993), опросник склонности к агрессии Басса-Перри (BPAQ, А. Н. Buss, М. Р. Perry), индекс хорошего самочувствия (WHO-5), Опросник личностных расстройств (PDQ-IV, 3 шкалы: нарциссическая, пограничная и негативистическая, Nyer, 1987).

Результаты первого этапа: в период 2014-2017 гг. скрининг прошли более 6000 обучающихся образовательных организаций города Москвы, Ленинградской области, Чукотского автономного округа. Из общего числа обследованных к условной норме отнесено 63,5%

обучающихся; к предположительной группе риска по актуальным и потенциальным факторам – 36,5% опрошенных. В зависимости от сочетания проявлений потенциальных и актуальных факторов риска выделены 4 группы, различающиеся по степени тяжести психического состояния и необходимости экстренного вмешательства (интервенции): 1. С наличием эпизодов самоповреждающего поведения, а также с высокими показателями по параметрам «безнадежность», «одиночество», «депрессия» – 12,5%. 2. Без эпизодов самоповреждений, но с высокими показателями по параметрам «безнадежность», «одиночество», «депрессия», в сочетании с признаками акцентуаций характера – 16,4%. 3. С сочетанием признаков агрессивности и акцентуаций характера – 18,7%. 4. С эпизодами самоповреждающего поведения, но без признаков неблагополучия в других областях – 10,0%.

Результаты второго этапа исследования. Для подтверждения данных скрининга с 225 подростками из предварительной группы риска были проведены индивидуальные диагностические интервью. Интервью проводились совместно врачом-психиатром и клиническим психологом. У 69,7% обследованных (157 человек) были выявлены признаки нарушений психического здоровья. В зависимости от их особенностей, тяжести и динамики выделены 2 подгруппы риска: *1 подгруппа:* 125 (79,6%) обучающихся, требующих психологической помощи. *2 подгруппа:* 32 (20,4%) обучающихся, нуждающихся в психиатрической помощи в связи с наличием тревожно-депрессивной симптоматики.

Выводы: определение потенциальных и актуальных факторов риска суицидального поведения у учащихся позволяет выявить группы риска и определить очерёдность и приоритетность оказания им медико-психологической помощи.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ИНТЕГРАЦИИ И ИНДИВИДУАЛИЗАЦИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Бобров А. Е.

*МНИИП филиал НМИЦ ПН им. В. П. Сербского,
e-mail: bobrov2004@yandex.ru*

На протяжении последних 25-30 лет психотерапия в нашей стране начала широко применяться в клинической практике. Возникли новые организационные структуры и модели взаимодействия психотерапии с психиатрией и общей медициной. Были определены основные показания к психотерапии. Появилась дистанционная консультативная помощь.

За это время были прояснены основные особенности психотерапевтического метода, его ограничения, возможности и перспективы. Стали более понятны психологические механизмы, определяющие изменение поведения в ходе терапии, такие как обусловливание, моделирование, тренинги, предписания, прямое и косвенное внушение, включение в коллективную деятельность, когнитивно-аффективная дифференциация. Была определена специфика основных направлений психотерапии – психодинамическая, когнитивно-поведенческая и интерперсональная, а также выделены ключевые фазы и динамически изменяющиеся цели психотерапевтического процесса – укрепление невербальных взаимодействий, повышение самооценки, самоосвобождение, управление обстоятельствами. Начали изучаться также некоторые психопатологические процессы, восприимчивые к психотерапии (несбалансированность самооценки, метакогнитивный дефицит, контроль над импульсами, катастрофизация, избегающее поведение, руминации).

Все это заложило основу для разработки интегративного подхода в психотерапии. А необходимость такого подхода обусловлена целями согласованного воздействия на различные звенья патогенеза/психогенеза и патопластики психических расстройств.

В последнее время было осознано, что важнейшим условием оказания качественной медицинской помощи является ее индивидуализация («персонализация»). У психотерапии в этом отношении – большие перспективы. Индивидуализация является ее не-

ременным атрибутом, поскольку психические расстройства возникают и претерпевают динамику под влиянием многообразных психосоциальных и биологических факторов. При этом главной предпосылкой для индивидуализации психотерапии явилось формирование интегративных подходов. Переосмысление на новой основе методов, выработанных в рамках различных концептуальных представлений, позволяет в каждом индивидуальном случае операционализировать и комплексно решать многообразные терапевтические задачи.

С этой целью нами в сотрудничестве со специалистами по вычислительной технике была разработана система многоуровневой психодиагностической оценки личности, которая позволяет выявлять совокупность «мишеней» психотерапии, определяемых как дезадаптирующие состояния, стили и реакции (система «ТОПАЗ»). Указанная система позволяет определять устойчивые паттерны ситуационного поведения, конституциональные стили личностного реагирования, спектр доминирующих побуждений и когнитивно-стилевые характеристики, а также индивидуально специфичную совокупность когнитивных искажений.

Описываемая система осуществляет автоматизированную дистанционную оценку указанных «мишеней», что помогает психотерапевту оптимизировать лечебный план и стратегию помощи. Использование же современных телекоммуникационных систем предоставляет возможность существенно приблизить психологическую и консультативную помощь к больному. В то же время указанный подход является основой для создания инструментов поддержки принятия решений в данной области.

СОМАТИЗАЦИЯ КАК СИНДРОМ В СТРУКТУРЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ СО СТРЕССОМ

Бойко Е. О., Погодина М. Г., Доде-Ходе Т. А.

ГБУЗ «СКПБ№ 1», г. Краснодар

Соматоформные расстройства характеризуются физическими патологическими симптомами, напоминающими соматическое заболевание. Однако, при этом не обнаруживается никаких органических проявлений, которые можно было бы отнести к известной в медицине болезни, либо имеющиеся соматические симптомы не соответствуют тем, которые вызывает реальное соматическое страдание. Бывает и так, что пациент может испытывать характерные для данной соматической патологии симптомы, когда наблюдается ремиссия соматического заболевания. По данным различных литературных источников от 25% до 85% пациентов общей медицинской сети предъявляют соматические жалобы, не имеющие органической основы.

Клиническая картина функциональных нарушений внутренних органов многолика как по своим проявлениям (нарушение сердечного ритма, лабильность артериального давления, диспепсические расстройства, дыхательные дисфункции, различные болевые ощущения, сексуальные нарушения, расстройства менструального цикла, преходящие нарушения обмена углеводов и липидов, кожный зуд и псевдоаллергические состояния и многое другое), так и по механизму формирования. Она может заявлять о себе в рамках различных психопатологических расстройств – соматоформных, диссоциативных, эндогенных. Если говорить о соматоформных расстройствах в узком понимании этой диагностической категории, то стоит назвать полисимптоматическую конверсионную истерию или синдром Брике (S. V. Guze. 1970) или, согласно МКБ10, соматизированное расстройство. Мы можем также говорить об ипохондрическом расстройстве (сенсоипохондрия по-K.Leonhard, 1959) или иметь в виду дисфункцию вегетативной нервной системы, хроническое болевое расстройство и ряд других феноменологически сходных состояний. Не стоит забывать также как о соматоформной составляющей аффективных нарушений невротического уровня,

так и псевдосоматическом симптомокомплексе эндореактивных дистимий. Кроме того, достаточно актуальным является высокая встречаемость соматоформного синдрома в рамках ПТСР. И здесь речь также может идти как о соматоформном варианте развития ПТСР, так и коморбидных с ПТСР состояниях (что встречается достаточно часто), в структуре которых присутствует соматизация.

Согласно литературным данным, распространенность соматоформных состояний, как этапа формирования органических патологий, очень велика и составляет по разным данным до 75-80%. Так, артериальная гипертензия в общей популяции составляет около 25%, а после 65 лет частота гипертонических нарушений достигает 50% и более. Распространенность гастро-интестинальных нарушений в популяции составляет от 50 до 80%. В условиях тяжелых стрессовых ситуаций (военные конфликты, природные катаклизмы и т. п.) частота обращения к специалистам соматического профиля возрастает. И это обусловлено как обострением существующих соматически заболеваний, так и проявлением декомпенсации соматоформных расстройств. Пациенты, страдающие соматоформными расстройствами, представляют высокие экономические затраты здравоохранения. Это связано с длительным пребыванием таких пациентов на больничных койках, выраженной социальной дисфункцией, выполнением большого объема зачастую бессмысленных лечебно-диагностических мероприятий. Усугубляет картину то, что долгое время такие пациенты обследуются и лечатся у врачей непсихиатрических специальностей. Специалисты общесоматического профиля испытывают колоссальные затруднения в своевременном направлении пациентов на консультацию к психиатру из-за выраженной стигматизации.

Целью нашего исследования явилось изучение феномена соматизации и его распространенности среди контингента пациентов, перенесших стресс. Исследование проводилось в условиях стационарного лечения, на базе отделения пограничных состояний ГБУЗ СКПБ№ 1. Были проанализированы истории болезней пациентов, заболевания которых связаны с наличием тяжелых психотравмирующих факторов. Обследуемые различались по гендерным, социальным параметрам, а также временным параметрам развития и течения психических нарушений. В качестве основной диагности-

ческой методики был использован личностный опросник самооценки SCL-90. С его помощью была выявлена интересная особенность: вне зависимости от вида и условий психотравмирующей ситуации, гендерных, возрастных и социальных различий, доминирующим по встречаемости психологическим паттерном, обуславливающим клиническую картину болезни, являлась соматизация. Причем клиническая картина заболеваний не исчерпывалась соматоформной симптоматикой. Напротив, на первый план зачастую выступали аффективные и астенические симптомы.

Становится понятной необходимость тщательного обследования лиц, перенесших тяжелые стрессовые ситуации с целью своевременного выявления соматоформного синдрома. Диагностирование соматоформных расстройств на ранних этапах позволит профилактировать как развитие малокурабельных его форм, так и дальнейшее прогрессирование функциональной патологии в направлении формирования тяжелых органических расстройств, лежащих тяжелым бременем экономических потерь.

ДИНАМИКА ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ СТАРШИХ ПОДРОСТКОВ В ПРОГРАММЕ ПРОФИЛАКТИКИ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ

Бузина Т. С.^{1,2}, Колпаков Я. В.², Волчкова Ю. В.¹

¹ ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» Минздрава России,

² ФГБУ «НМИЦ психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

e-mail: tbuzina@gmail.com

Актуальность исследования. Известно, что первые пробы, вовлечение в употребления и зачастую начало злоупотребления алкоголем приходится на старший подростковый возраст. Профилактика таких форм поведения является важной задачей современной социальной наркологии и клинической психологии зависимости. Проблемой является поиск надежных параметров оценки эффективности внедрения соответствующих программ. Жизнестойкость предполагает признание человеком своих реальных возможностей, принятие реальности собственной уязвимости. Жизнестойкость – это база, исходя из которой перерабатываются стрессовые воздействия, это катализатор поведения, которой позволяет трансформировать негативные впечатления в новые возможности. Жизнестойкость состоит из трех взаимосвязанных аттитудов (или установок): вовлеченности, контроля и принятия риска.

Цель исследования. Оценка динамики жизнестойкости старших подростков в программе профилактики употребления алкоголя как параметра её эффективности.

Материалы и методы исследования. Были обследованы подростки, употребляющие алкоголь, 25 человек: 14 мальчиков, средний возраст $16,9 \pm 0,7$ года и 11 девочек, средний возраст $16,7 \pm 0,7$ года. Использовались тестовые методики AUDIT (Т. F. Babor, J. C. Higgins-Biddle, J. B. Saunders, M. G. Monteiro, 1989) и «Тест жизнестойкости» (Д. А. Леонтьев, 2000). Данные подростки прошли авторскую профилактическую программу, рассчитанную на одно полугодие. Программа содержит 12 занятий по 1,5 час. Частота занятий – 1 раз в неделю. Количество занятий сформировано в соответствии с образовательной программой и с учетом каникул. Статистическая обработка проводилась при помощи пакета программ

SPSS 20. Для оценки значимости различий между измерениями связанных показателей в выборке с распределением, отличным от нормального, использовался непараметрический критерий W Уилкоксона.

Результаты исследования. По методике AUDIT средний балл до программы составил 8,5 балла, после – 7,5 баллы ($p < 0,04$). По методике «Тест жизнестойкости» средний показатель общего уровня жизнестойкости до программы составил 64,17 балла, после – 66,25 балла ($p < 0,04$). Показатели аттитюдов жизнестойкости до и после программы составили, соответственно: вовлеченности – 27,58 и 27,92 балла ($p < 0,11$), контроля – 24,92 и 25,92 балла ($p < 0,05$), принятия риска – 11,62 и 12,46 балла ($p < 0,04$).

Выводы. Выявлено, что показатели рискованного употребления алкоголя среди 16-17 летних подростков находятся в пределах низкого уровня риска формирования синдрома зависимости по методике AUDIT. Значения показателей жизнестойкости у данных подростков в пределах нормативных. Тем не менее, отмечается снижение выраженности риска формирования алкоголь-зависимого поведения на уровне тенденции в ходе профилактической программы, а также повышение таких аттитюдов жизнестойкости как контроль и принятие риска. Разработанная и апробированная программа профилактики употребления алкоголя показала свою эффективность, может быть подвергнута дальнейшему усовершенствованию и внедрению. Жизнестойкость является ценным показателем в оценке эффективности изменений, происходящих у подростков в ходе профилактики алкоголизации.

К ВОПРОСУ О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ПОДХОДА К ВНЕДРЕНИЮ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В РАБОТУ С БОЛЬНЫМИ

Бурьгина Л. А.** , Семенова Н. Д. * , Палин А. В.**

** ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва,
e-mail: niyami2020@gmail.com,*

*** ГБУЗ ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина ДЗМ, г. Москва*

Краткие вмешательства по типу «инструктаж» для врачей широко используются за рубежом – когда стоит цель не только обучить специалистов, скорректировать поставленные задачи и внедрить новые подходы, но и поддержать, мотивировать, обеспечить психологическое и профессиональное сопровождение. Данная работа следует этой линии, когда без отрыва от основной работы, специалист получает информационную и мотивирующую поддержку.

Цель – совершенствование подхода к внедрению психосоциальных мероприятий в работу с больными.

Задачи: 1) повысить осведомленность врачей на предмет содержания и приемов проведения психосоциальных мероприятий в условиях рутинной работы с больным; 2) повысить мотивацию врачей на предмет внедрения новых знаний в работу с больным, осуществляемую в разном формате (индивидуальном, групповом, семейном). Метод: краткосрочный инструктаж, проводимый на регулярной основе с врачами ГБУЗ ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина ДЗМ. По окончании цикла врачи заполняли опросник, назначение которого – оценить эффективность инструктажа и наметить линии развития по его усовершенствованию.

Результаты: за период с 1 ноября по 13 декабря 2017 г. было проведено пять занятий. Из 11 пунктов опросника часть предполагала комментарий респондента (Q: 1, 2, 6, 8, 10, 11), другая – и комментарий, и оценку по шкале Ликерта от 1 до 6 баллов (Q: 3, 4, 5, 7, 9). Качественный анализ позволил выделить 3 основных темы: 1) общий положительный сдвиг в плане терапевтического альянса с больным; 2) усиление внутреннего ресурса работы врача; 3) самоуважение и удовлетворенность врача от исполнения своего долга, облегчающие выбор средств психосоциального воздействия. О по-

вышении мотивации врачей на предмет внедрения новых знаний в работу с пациентом, можно судить также и по количественным данным: Q 3: $M = 5.57$ $SD = 0.54$; Q 4: $M = 4.71$ $SD = 0.49$; Q 5: $M = 5.57$ $SD = 0.54$; Q 7: $M = 5.86$ $SD = 0.38$; Q 9: $M = 5.57$ $SD = 0.54$. Краткосрочный, проводимый на регулярной основе инструктаж способствует совершенствованию подхода к внедрению психосоциальных мероприятий в работу с больными. Эффект инструктажа проявляется в осознанном и мотивированном участии и врача и пациента в едином лечебно-реабилитационном процессе.

ВОЗРАСТНАЯ СПЕЦИФИКА ОБОСНОВАНИЯ ОГРАНИЧЕННОЙ ВМЕНЯЕМОСТИ ЛИЦ С ОРГАНИЧЕСКИМ ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Вандыш В. В., Дадашев Р. Х.

*ФГБУ «ФМИЦ ПН им. В. П. Сербского» МЗ РФ, г. Москва,
e-mail: vandysh@mail.ru*

При судебно-психиатрической оценке органических психических расстройств (ОПР) возрастной фактор имеет самостоятельное диагностическое значение, поскольку а) возраст перенесенной экзогенной вредности предопределяет тип патогенеза (дизонтогенез/энцефалопатия), соответственно, базисные клинико-динамические параметры расстройства; б) возрастной фактор при ОПР может преформировать эти параметры, видоизменяя либо клиническую картину (патопластическая роль) либо стереотип болезни (патокинетическая роль). Это обстоятельство, как показывает практика, следует учитывать при обосновании экспертного решения об ограниченной вменяемости.

Сравнительный анализ возрастной специфики при экспертной оценке лиц с установленным диагнозом ОПР свидетельствует, что у обследованных 1 группы (96 набл., ср. возраст 42,2 года) ограниченная способность к произвольной регуляции поведения в большинстве случаев обосновывалась наличием декомпенсации органической личностной патологии по типу так называемого «аффективного деликта»; необходимость самостоятельной правовой квалификации в соответствии со ст. 22 УК РФ становилась очевидной в процессе последовательного исключения психотических форм временного психического расстройства (по типу патологического аффекта), состояния аффекта (ст. ст. 107, 113 УК РФ). Реже у обследованных данной возрастной выборки актуальность применения ограниченной вменяемости выявлялась в процессе исключения тяжелых дефицитарных расстройств, предопределяющих невменяемость.

У обследованных старшей возрастной выборки (2 группа) наиболее значимыми для обоснования выводов об ограниченной вменяемости оказались стабильные умеренно выраженные дефицитарные психоорганические расстройства – парциальная де-

менция (легкое когнитивное расстройство), в меньшей степени, органическое личностное расстройство. Выводы об «ограниченной вменяемости» обосновывались и с учетом патопластического влияния возрастного фактора, «органической почвы» по С. Г. Жислину: специфическая иерархия ценностей у лиц пожилого возраста; особая уязвимость в отношении ряда специфических психогений (идеи ущерба в широком смысле по Э. Крепелину); проблемы прогноза, рациональной организации поведения, поиска выхода из фрустрирующей ситуации.

СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ПРОЕКТЕ МКБ-11: ПРОБЛЕМЫ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

Введенский Г. Е.

*ФГБУ «НМИЦПН им.В.П.Сербского» Минздрава России, г. Москва,
e-mail: vvedenski.g@serbsky.ru*

В проекте МКБ-11 предлагается ряд изменений, существенно влияющих на возможности судебно-психиатрической диагностики психосексуальных расстройств. Предлагается создание отдельного класса «Состояния, связанные с сексуальным здоровьем» с выводом его из класса психических и поведенческих расстройств, куда включается рубрика F64 «Расстройства половой идентификации» МКБ-10, причем термин «половая дисфория» (DSM-V) заменяется на «гендерное несоответствие». Сведение «половой дисфории» к расстройствам сексуального здоровья весьма спорно, однако главное в том, что в качестве аргументов приводятся социальные последствия патологии, которые вообще-то применимы к любым психическим расстройствам. По данным российских авторов, доля больных шизофренией и шизотипическим расстройством среди лиц с половой дисфорией составляет около 32%. Среди возможных причин гиподиагностики может быть имплицитная установка специалистов по психическому здоровью на работу с жалобами пациентов и недостаточное внимание к особенностям их невербального и вербального поведения, что препятствует диагностике данных расстройств. В ситуации гражданского процесса при решении экспертных задач по вопросу наличия показаний к смене гражданского пола становится неясной компетенция специалистов-психиатров и психологов.

В бета-версии МКБ-11 используется термин «Парафильные расстройства», которые по-прежнему включены в рубрику психических расстройств, которая обозначена как «Психические, поведенческие расстройства и расстройства нейropsychического развития». Парафильное расстройство может быть квалифицировано в тех случаях, если у человека отмечается аномальное сексуальное влечение и поведение *или* же только аномальное сексуальное влечение, от которого он испытывает сильный дистресс. Предложены его общие

критерии: наличие продолжительных *и* интенсивных атипичных паттернов сексуального возбуждения, включающих эротические мысли, фантазии, побуждения или поведение, в центре внимания которых находятся те индивиды, чей возраст или состояние делает их безвольными или неспособными к обоюдному согласию, *и* в отношении которых совершены действия *или* от которых он или она (лицо с парафильным расстройством) испытывают заметный дистресс. Парафильные расстройства могут включать только те паттерны возбуждения (предусматривающие одиночное поведение или обоюдное согласие), которые связаны: с выраженным дистрессом, который является не просто результатом неприятия или боязни неприятия паттернов возбуждения другими, *или* со значительным риском травматизации или смерти. Таким образом, при диагностике психиатр вынужден будет опираться не столько на клинический, психопатологический критерий расстройства, сколько на юридический, заочно оценивая беспомощное состояние лица, в отношении которого было совершено преступление. Оценка факта или риска травматизации или смерти вообще лежит вне психопатологии.

РОЛЬ СТРЕССОВЫХ ФАКТОРОВ В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ВЗАИМОСВЯЗИ ПСИХИЧЕСКОЙ И СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Вельтищев Д. Ю.¹, Лисицына Т. А.², Ковалевская О. Б.¹, Серавина О. Ф.¹,
Зелтынь А. Е.¹, Дрожжина Е. Н.¹, Овчаров П. С.², Абрамкин А. А.²

¹ *Московский НИИ психиатрии – филиал НМИЦ ПН им. В.П. Сербского,
г. Москва,*

² *НИИ Ревматологии им. В.А. Насоновой, г. Москва,
e-mail: dveltishchev@gmail.com*

Введение. Многофакторная модель является основой в рассмотрении этиопатогенеза как многих психических расстройств, так и хронических соматических заболеваний. Однако, принимая во внимание комплексный подход, когда каждый из многочисленных биопсихосоциальных факторов рассматривают во взаимодействии с другими, модель не исключает особого влияния наследственного предрасположения и стрессовых факторов. Исследования последних лет подтвердили особую роль стрессовых, в частности, психотравмирующих факторов в развитии предрасположения, в провокации и во взаимосвязи психических расстройств и многих соматических заболеваний. Общие дистрессовые механизмы, включая дисрегуляцию эндокринной (в частности, гипоталамус-гипофиз-кора надпочечников), иммунновоспалительной (в частности, нарушение соотношения про- и противовоспалительных цитокинов) и вегетативной системы (в частности, нарушение вариабельности сердечного ритма), играют ключевую роль в развитии коморбидности.

Результаты междисциплинарной программы «стрессовые факторы и психические расстройства (ПР) у больных иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями (ИРЗ)» показали высокую частоту психических расстройств (от 73 до 95% при разных заболеваниях, n = 613), преимущественно хронических и рекуррентных депрессий. Психотравмирующие факторы, предшествующие ПР и ИРЗ выявлены у подавляющего большинства пациентов (от 67% до 87%). Психические травмы детского возраста, влияющие на формирование уязвимого фенотипа, преимущественно проявлялись в виде родительской депривации и наблюдались в 50%-90%. ПР предшествовали (от 22% до 75%), развивались одновременно или

на фоне ИРЗ. Следствием коморбидности являлось ухудшение прогноза ИРЗ с высокой частотой обострений, сердечно-сосудистых нарушений и показателей смертности, при сравнении с пациентами без ПР. Кроме того, ПР существенно затрудняют социальную адаптацию больных, негативно влияют на восприятие боли и усталости, а также на эффективность лечения ИРЗ. К общим особенностям ПР у больных ИРЗ можно отнести высокую встречаемость хронических и рекуррентных депрессий, сопутствующих тревожных, астенических и когнитивных расстройств.

Заключение. Результаты исследования подтверждают необходимость ранней профилактики психических травм и их последствий, что способствует улучшению прогноза не только ПР, но и соматической патологии, в частности, ИРЗ. Внедрение партнерской модели помощи, включающей совместное ведение больных ИРЗ психиатром, клиническим психологом и ревматологом повышает эффективность лечения и улучшает прогноз заболеваний.

СВЯЗЬ НАРУШЕНИЙ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ С РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Воликова С. В., Соколова А. С.

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России, г. Москва,
e-mail: psytab2006@yandex.ru,
ФГБОУ ВО МГППУ, г. Москва*

Расстройства пищевого поведения часто наблюдаются у подростков. Пик заболеваемости расстройствами пищевого поведения приходится на 12-20 лет. Расстройства пищевого поведения характеризуются тяжестью симптоматики, сопутствующей патологией, возможностью рецидивов и трудностью лечения. Важным фактором, влияющим на возникновение и течение расстройств пищевого поведения, является семья подростков. Семейные факторы этой группы расстройств на отечественной выборке мало изучены.

Цель данного исследования: изучение связи семейных факторов с расстройствами пищевого поведения в детском и подростковом возрасте.

Выборка: основная группа – 33 пациентки НПЦ ПЗДП ДЗМ им. Г. Е. Сухаревой с расстройствами пищевого поведения в возрасте 12-17 лет; контрольная группа – 32 девочки-подростка в возрасте 13-16 лет.

Методики: опросник Образ собственного тела (О. А. Скугаревский, С. В. Сивуха), Шкала оценки пищевого поведения (Eating Disorder Inventory), опросник Семейных эмоциональных коммуникаций (СЭК) (С. В. Воликова, А. Б. Холмогорова), опросник Подростки о родителях (ПОР), опросник родительской связи (PBI, G. Parker), анкета, направленная на выявление отношения к теме похудения (С. В. Воликова, А. С. Соколова), модификация методики «Незаконченные предложения» (С. В. Воликова, А. С. Соколова).

Результаты: анализ результатов анкетирования и методики «Незаконченное предложение» показал, что девочки из основной группы относятся к своему внешнему виду негативнее, чем их сверстницы из контрольной группы. Большинство девочек с расстройствами пищевого поведения начинают худеть из-за негативного отноше-

ния к своему внешнему виду. В группе девочек с расстройствами пищевого поведения, по сравнению с контрольной группой, много тех, кто начал худеть из-за конфликтов в семье (критика со стороны родителей, ссоры, развод родителей). При этом у девочек-подростков с расстройствами пищевого поведения наблюдается тенденция к идеализации, необъективной оценке родительских фигур и семейной ситуации в целом (на основании результатов модификации методики «Незаконченные предложения»). Можно предположить, что происходит психологическое отрицание проблем в семье, сосредоточение девочек на своем внешнем виде. В исследовании была предпринята попытка оценить влияние матери на возникновение симптомов расстройств пищевого поведения.

Результаты показали, что чем выше уровень материнского контроля, враждебности по отношению к дочери, директивности, непоследовательности, игнорирования эмоциональных потребностей дочерей, чем чаще проявляет тревогу и подкрепляет тревожное реагирование в семье, тем чаще у дочерей наблюдаются симптомы расстройств пищевого поведения. Выявленные особенности могут быть мишенями индивидуальной и семейной системной психологической помощи подросткам с расстройствами пищевого поведения и их семьям.

МОДИФИКАЦИЯ МЕТОДИКИ «ГОМУНКУЛЮС» А. В. СЕМЕНОВИЧ ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОДИАГНОСТИКИ ДЕТЕЙ

Генгер М. А.

*МНИИП – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН имени В. П. Сербского» Минздрава России, г. Москва,
e-mail: mgenger@yandex.ru*

Методика «Гомункулюс» А. В. Семенович предназначена для психологической диагностики наличия соматических нарушений у детей. Предлагаемая нами модификация данной методики может использоваться для психологической диагностики психоэмоционального состояния детей. Решение данной задачи является очень актуальным для клинической практики.

Модификация методики заключается в дополнении стандартного бланка с изображением «гомункулюса» пиктограммами базовых эмоций на оборотной стороне бланка. После того как ребенок завершил стандартную работу с методикой (произвольно раскрасил рисунок и ответил на вопросы психолога), бланк переворачивается и ребенку дается еще два задания:

1. Опознать изображенные пиктограммы (радость, грусть, злость, страх);
2. Присвоить пиктограммам цвета («Какого цвета у тебя радость?», «На какой цвет похожа грусть» и т. п.).

Обработка методики заключается в соотнесении присвоенных эмоциям цветов с цветами, использованными в раскрашивании изображения «гомункулюса». Если основную часть рисунка «гомункулюса» (тело и голову) занимают цвета, не использованные в раскрашивании эмоций, психологу необходимо уточнить у ребенка, с какой эмоцией связан данный цвет. Наличие в основной части рисунка «гомункулюса» цвета, ассоциируемого ребенком с эмоцией «грусть», указывает на депрессивные тенденции; с эмоцией «злость» – на агрессивность; с эмоцией «страх» – на актуальность страхов. Также оцениваются следующие показатели, важные для клинической диагностики:

1. Тревожность (четкое разделение частей тела отдельными линиями; прорисовка черт лица; дорисовка элементов одежды).

2. Сформированность самоконтроля / возбудимость нервной системы (отсутствие выхода за границы предлагаемого изображения при раскрашивании).
3. Астенизация (ненасыщенные цвета, слабый нажим).
4. Выраженность эмоциональной дефицитарности (нарушение способности декодировать базовые эмоциональные состояния; использование небольшого количества (1-2) цветов при раскрашивании).
5. Истощаемость психической деятельности (рисунок раскрашен не полностью).
6. Наличие вычурности ассоциаций, часто встречающейся у пациентов, страдающих шизофренией (необычное название эмоций: «коричневый цвет похож на неприятные фантазии, как у Гитлера, когда он убивал людей в душегубке», В. И., 11 лет, F 20); прорисовка дополнительных деталей, например, мозга, половых органов и экскрементов.

Достоинство данной методики диагностики психоэмоционального состояния детей заключается в ее проективности, следовательно, независимости от сознательной фальсификации результатов и возраста обследуемого. В отличие от ряда проективных методик, в том числе и оригинального «Гомункулюса», интерпретация не сводится к приписыванию психологических особенностей обследуемому на основе только интерпретационных схем. Выводы основываются на ассоциациях самого обследуемого, что позволяет более объективно описать мир субъективных переживаний.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

Гершенович Г. М., Петров А. С., Мокшина Т. О.

*КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1»,
г. Красноярск,
e-mail: kpnd-petrov@mail.ru*

Телемедицина, по определению ВОЗ, – это метод предоставления услуг по медицинскому обслуживанию там, где расстояние является критическим фактором. Следовательно, без телемедицины в Красноярском крае, который характеризуется значительными расстояниями между населенными пунктами и крайне низкой плотностью населения на территориях Крайнего Севера, невозможно в полной мере решить задачу доступности медицинских услуг, в частности судебно-психиатрической экспертизы. Внедрение телемедицинских технологий в СПЭ осуществляется КГБУЗ ККПНД № 1 с 2015 года на основе Концепции развития телемедицинских технологий в Красноярском крае, утвержденной Минздравом края. При реализации концепции Минздравом края были созданы организационно-технические условия для внедрения телемедицины за счет применения уже на уровне районных больниц широкополосных каналов связи для видеоконференций, обеспечивающих в режиме реального времени изображение высокого качества и конфиденциальность передаваемой информации (судебно-психиатрическое освидетельствование проводится на базе ЦРБ и ЦГБ).

С целью нормативно-правовой и организационно-технологической регламентации был разработан согласованный с Минздравом края «Временный порядок судебно-психиатрического освидетельствования подэкспертных при производстве АСПЭ с применением телемедицинских технологий». Следует отметить, что на тот период использование телемедицины для производства СПЭ, учитывая ее неочевидную легитимность, стало возможным благодаря активной поддержке Управления криминалистики Следственного комитета по краю. Совместная со СК работа организована в формате пилотного проекта на базе г. Игарка, где СК удалось убедить прокуратуру и суд в целесообразности судебно-психиатрического освидетель-

ствования с применением телемедицинских технологий. Совместный характер деятельности определяется уже тем, что данные СПЭ всегда проводятся по ходатайству следователя и в его присутствии.

Основная задача при организации СПЭ с использованием телемедицинских технологий – это сохранение должного качества экспертного исследования, что достигается ограничением применения только однородной СПЭ, сужением круга подэкспертных (ранее проходивших СПЭ, перенесших ЧМТ без нарушения социально-трудовой адаптации, психиатрический диагноз пограничного уровня установлен при призыве, привлечение ранее к уголовной ответственности за незаконный оборот наркотических средств без проявлений зависимости, диагноз зависимости от ПАВ подтвержден диспансерным наблюдением и т. д.), стандартизацией экспертного задания, усилением требований к полноте материалов дела (в них включается медосмотр подэкспертного терапевтом и неврологом с описанием соматического и неврологического состояния, допросы с применением специальных опросников, позволяющих уточнить анамнестические сведения, особенности поведения в семье, отношение к ПАВ, исчерпывающая медицинская документация и характеризующий материал). С 01.01.2018 г., в связи с изменениями, внесенными в Федеральный закон от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», телемедицинские технологии, «обеспечивающие дистанционное взаимодействие медицинских работников с пациентами», стали полностью легитимной формой оказания медицинских услуг, что с учетом полученного регионального опыта делает возможным расширение практического использования телемедицины в СПЭ.

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ КОМОРБИДНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Гиленко М. В.

*ФГБУ НМИЦ ПН им. В.П. Сербского, г. Москва,
e-mail: mgilenko@yandex.ru*

Органические психические расстройства (ОПР) и зависимость от алкоголя – наиболее часто встречающаяся в судебно-психиатрической практике коморбидная патология. Коморбидные (или сопутствующие) заболевания – всегда созависимые, имеющие общие звенья патогенеза, соответственно, встречающиеся чаще вместе, чем по отдельности. В условиях коморбидности происходит сложное переплетение симптомов, различные проявления болезней могут потенцировать друг друга, усиливая клинические симптомы и приводя к развитию взаимного отягощения.

Проблемы судебно-психиатрической оценки у лиц с коморбидной психической патологией также существенно усугубляются в связи с тем, что при обосновании функционального психиатрического диагноза возникает необходимость учета феномена коморбидности – выбора приоритетной диагностической модели, оценки меняющейся экспертной значимости психических расстройств, составляющих коморбидную патологию и ее различной феноменобразующей роли (патогенетической, патопластической, патокинетической).

С целью создания оптимальной для экспертной практики систематики гетерогенной группы ОПР, коморбидных с синдромом зависимости от алкоголя, учитывающей с позиций функциональной диагностики их этиопатогенез, психопатологическую структуру, особенности коморбидных соотношений на разных этапах клинической динамики, были обследованы 302 обвиняемых мужского пола (средний возраст $40,5 \pm 13,3$ года) с диагнозами (F00-F09) «Органические, включая симптоматические, психические расстройства» и (F10.2, 10.7) «Синдром зависимости; резидуальные и отсроченные расстройства вследствие употребления алкоголя», как патология, сочетанная с ОПР, либо имеющая самостоятельное этиопатогенетическое значение.

Проведенное исследование показало, что при судебно-психиатрической оценке коморбидных ОНР и зависимости от алкоголя на *клинико-нозологическом уровне* могут быть дифференцированы: первичные ОНР, осложненные зависимостью от алкоголя (1 группа: n = 194; 64,2%), и вторичные ОНР, коморбидные зависимости от алкоголя (2 группа: n = 108; 35,8%).

На *уровне ведущего синдрома* ОНР, коморбидные с зависимостью от алкоголя, могут быть представлены: деменцией (F02.8; F10.73; n = 47; 15,6%), психотическими расстройствами (F06.8x8; F06.28; F10.5; F10.75; n = 14; 4,6%), расстройствами личности с легкими когнитивными нарушениями (F07.08, F10.71; n = 34; 11,3%), расстройствами личности с умеренными когнитивными нарушениями (F07.08, F07.98; F10.71; n = 195; 64,5%) и прочими непсихотическими расстройствами (F 06.68; F06.78; n = 12; 4%). Это разделение имеет значение при формулировании и обосновании диагноза, выборе экспертной тактики.

На *уровне клинической динамики* целесообразен анализ длительности существования коморбидной патологии, что определяет специфику коморбидных соотношений ОНР и алкогольной зависимости – относительно независимых на начальном этапе и взаимозависимых – на последующих.

Подобное разграничение ОНР, коморбидных с зависимостью от алкоголя, дает возможность более четкого формулирования диагноза с выделением различных диагностических кластеров (преобладание тех или иных ведущих психических расстройств) в рамках приоритетной диагностической модели (ОНР или алкоголизм), которая с течением заболевания может меняться. Использование предложенной систематики ОНР, коморбидных зависимости от алкоголя, позволяет оптимизировать процедуру экспертного исследования, обеспечивая единый подход к оценке данной гетерогенной группы состояний.

ОЦЕНКА НЕВЕРБАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ СМЕШАННОМ РАССТРОЙСТВЕ ЛИЧНОСТИ

Гильбурд О. А., Масалкова Ю. М.

*Сургутский государственный университет, г. Сургут,
e-mail: ogilbur@gmail.com*

С целью дифференцированного описания невербального поведения амальгамных психопатов мы в 2015-2017 гг. изучили этологический репертуар 51 пациента со смешанным расстройством личности [F61.0 по МКБ-10]. По итогам проведённого исследования нами был составлен MPDEC-перечень – Mixed Personality Disorder Ethological Checklist:

А) агрессивно-предупредительные признаки: 1. пристальный взгляд, 2. открытый рот, полуоскал, 3. угроза губами, 4. жевание, 5. бормотание, 6. угроза бровями, 7. резкие движения головой, 8. угроза поднятием плеч, 9. угроза расставлением ног, 10. приподнимание, 11. напряжение тонуса мышц туловища, 12. сжимание кулаков, 13. фиксация рук на поясе, 14. оглядывание по сторонам (недифференцированное);

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

В) агрессивно-контактные признаки: 1. удар 2. драка, 3. метание предметов, 4. выстрел;

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

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

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

Таким образом, этнологический анализ значительно обогащает и детализирует существующие представления о семиотике смешанного расстройства личности, позволяет максимально объективизировать его распознавание, верифицировать и подробно аргументировать клинический диагноз.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И НЕЙРОМАРКЕРАМИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

Голыгина С. Е., Сахаров А. В.

*Читинская государственная медицинская академия, г. Чита,
e-mail: sawt@list.ru*

Одной из основных мишеней для алкоголя является центральная нервная система, в связи с чем была сформулирована концепция об алкогольной болезни мозга, проявляющейся, в том числе, когнитивными нарушениями. В соответствии с этим была сформулирована гипотеза о наличии нейроиммунопатологических процессов и повышенной проницаемости гематоэнцефалического барьера у больных алкоголизмом при синдроме отмены. В этом аспекте актуально изучить роль эндотелия в развитии указанных нарушений.

Цель работы: изучение корреляционных взаимосвязей между когнитивными функциями и маркерами эндотелиальной дисфункции и системы нейродеструкции-нейрорепарации у больных алкоголизмом при синдроме отмены алкоголя (неосложненном и осложненном делирием).

Материал и методы. Было обследовано 32 пациента с синдромом зависимости от алкоголя 2 стадии, проходивших стационарное лечение по поводу алкогольного абстинентного синдрома (ААС, 19 человек) и ААС с делирием (ААСД, 13 человек). От всех обследованных получено добровольное информированное согласие. Исследование когнитивных функций осуществлялось с использованием Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (MoCA). Изучение лабораторных показателей проводили в плазме венозной крови методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием соответствующих тест-систем: E-селектин – E-Selectin, Эндотелин (1-21) – ET 1-21, глиальный фибриллярный кислый протеин – GFAP, антитела к NR2 субъединице NMDA рецептора – NR2 antibody, мозговой нейротрофический фактор – BDNF. Обследование проводили в 1-й день поступления (в состоянии синдрома отмены) и через 2 недели от госпитализации. Статистическая обработка осуществлялась с применением пакета статистических про-

грамм «Statistica-10». Использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена, значимым признавался результат $r > 0,3$ ($p < 0,05$).

Результаты. В состоянии синдрома отмены выявлена четкая корреляционная связь между набранным баллом по MoCA-тесту и уровнем ET 1-21 как при AAC ($r = -0,7559$), так и при ААСД ($r = -0,7557$). Аналогичным образом когнитивные функции коррелировали с уровнем NR2 antibody ($r = -0,5499$ и $r = -0,8292$ соответственно). Выявлена также прямая корреляционная связь между NR2 antibody и E-Selectin ($r = 0,3819$ и $r = 0,3909$ соответственно), ET 1-21 и ($r = 0,4039$ и $r = 0,7153$ соответственно). При ААСД установлена также прямая корреляционная связь между уровнем NR2 antibody и BDNF ($r = 0,4455$). После лечения корреляционный анализ вновь выявил зависимость между результатами MoCA-теста и уровнем ET 1-21 ($r = -0,5986$ при AAC и $r = -0,3982$ при ААСД соответственно). Когнитивные функции имели взаимосвязь с GFAP при простой абстиненции ($r = -0,3867$), с содержанием GFAP ($r = -0,3805$) и NR2 antibody ($r = -0,5505$) после перенесенного алкогольного делирия. После AAC установлена связь между уровнем ET 1-21 и GFAP ($r = 0,4137$), GFAP и NR2 antibody ($r = 0,4804$). После ААСД – между ET 1-21 и GFAP ($r = 0,4189$), между ET 1-21 и NR2 antibody ($r = 0,3369$), между E-Selectin и NR2 antibody ($r = 0,6091$), между E-Selectin и GFAP ($r = 0,3189$).

Вероятно, избыток Эндотелина и E-селектина, опосредуя эндотелийзависимые процессы, повышает проницаемость гематоэнцефалического барьера у больных алкоголизмом в состоянии синдрома отмены алкоголя и участвует в патологических процессах нейродеструкции вещества мозга, что отражается на соответствующих лабораторных показателях и уровне когнитивных функций (особенно при ААСД).

Заключение. Полученные предварительные результаты еще раз свидетельствуют о наличии зависимости между когнитивными функциями, показателями процесса «нейродеструкции-нейрорепарации» и маркерами эндотелиальной дисфункции у пациентов с алкогольной зависимостью.

СВЯЗЬ НАРУШЕНИЙ СЕМЕЙНЫХ КОММУНИКАЦИЙ С ЭМОЦИОНАЛЬНЫМ НЕБЛАГОПОЛУЧИЕМ У ВЗРОСЛЫХ С ЗАИКАНИЕМ

Горшкова Е. Н.¹, Воликова С. В.²

¹ ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им Г. Е. Сухаревой» ДЗМ, г. Москва,

e-mail: mne_katya@mail.ru,

² Московский научно-исследовательский институт психиатрии (филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России), Москва

Нарушения семейной системы часто становятся источником различных психических проблем человека. Так, по данным литературы, факторы возникновения, закрепления и ухудшения заикания сопоставимы с семейными источниками расстройств аффективного спектра: негативный релевантный детский опыт (физические и психологические стрессоры), родительское индуцирование тревоги и недоверия к людям, родительские критика, запрет на выражение чувств, высокий уровень контроля, протекции и сверхвключенности (особенно со стороны матери), родительский перфекционизм, ролевые инверсии, культ «больного» ребенка в семье, нарушения в супружеской подсистеме, триангуляции, негативные эмоциональные семейные процессы.

В данном исследовании участвовали 141 человек в возрасте от 18 до 25 лет (73 человека, страдающих заиканием, и 68 человек без речевых нарушений). Сравнимые группы сопоставимы по полу и возрасту. У взрослых с заиканием выявлялась связь нарушений семейных коммуникаций с эмоциональным неблагополучием (депрессия, общая и социальная тревога) и перфекционистскими установками. Применялся следующий методический комплекс: опросник семейных эмоциональных коммуникаций (Холмогорова А. Б., Воликова С. В.), шкала депрессии (А. Бек), шкала тревоги (А. Бек), шкала социального избегания и дистресса (Watson, Friend), краткая шкала страха негативной оценки (Watson, Friend), опросник перфекционизма (Гаранян Н. Г., Холмогорова А. Б., Юдеева Т. Ю.), оригинальный опросник речевого перфекционизма.

По субъективной оценке молодых людей с заиканием, в их родительских семьях, по сравнению с семьями людей без заикания, в прошлом и в настоящем было больше критики со стороны роди-

телей (особенно при сравнении с другими более успешными людьми) ($p = 0,002^{**}$) за проявление негативных эмоций, за ошибки в какой-либо деятельности, больше запретов на открытое выражение чувств (элиминирование эмоций, $p = 0,014^{**}$). Родители людей с заиканием часто стремятся контролировать жизнь своих взрослых детей ($p = 0,000^{***}$).

Дисфункциональные семейные коммуникации связаны с показателем депрессии среди взрослых заикающихся. К ухудшению настроения, снижению самооценки, самообвинениям ($p = 0,413^{***}$) и тревоге ($p = 0,275^{*}$) приводят повышенная критика и гиперпротекция со стороны родителей. Чем выше родительский контроль, тем выше уровень перфекционизма ($p = 0,250^{*}$), речевого перфекционизма ($p = 0,288^{*}$) у заикающихся. Элиминирование эмоций коррелирует на уровне тенденции с социальным дистрессом и избеганием, по-видимому, из-за затрудненной и искаженной коммуникации с другими людьми (заикающиеся не могут открыто выразить свои эмоции при общении, из-за чего снижается его качество и вызываются негативные реакции со стороны собеседника).

Таким образом, можно сделать следующие выводы. Семьи молодежи с заиканием характеризуются дисфункциональными эмоциональными коммуникациями в виде повышенной критики, элиминирования эмоций и сверхвключенности, которые также связаны с показателями депрессии, тревоги и перфекционизма.

НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ДЕТСКИЙ ОПЫТ КАК ФАКТОР РИСКА РАННЕГО НАЧАЛА УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ

Гречаная Т. Б., Корчагина Г. А., Ярцева Е. В. ²,

ННЦ наркологии – филиал ФГБУ «НМИЦПН им. В. П. Сербского» Минздрава России, г. Москва;

² ООО «РЦ ОПОРА», г. Москва;

e-mail: nrca.grechana@mail.ru

Методология исследования. Пилотное исследование было проведено в четырех реабилитационных центрах. В нем приняли участие 100 реабилитантов с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ (ПАВ). Использован скрининговый вопросник, включающий 10 категорий неблагоприятного детского опыта (НДО), пережитого до 18 лет: 1) эмоциональное; 2) физическое; и 3) сексуальное насилие; 4) домашнее насилие в семье; 5) злоупотребление алкоголем или наркотиками в семье; 6) член семьи отбывал наказание в тюрьме; 7) член семьи был в депрессии, психически больным или имел суицидальные тенденции; 8) развод родителей; 9) физическое и 10) эмоциональное пренебрежение. Рассчитывался показатель НДО (общее число категорий НДО, приходящихся на одного респондента) и средний показатель НДО для всей группы респондентов. Изучались социально-демографические характеристики, распространенность НДО и модели употребления ПАВ.

Результаты исследования. Среди опрошенных было 76 мужчин и 24 женщины. Средний возраст – 31 год. Большинство признали наличие неблагоприятных событий в детстве и в подростковом возрасте (92%). Одна или две категории НДО наблюдались у 37%, 3-4 категории – у 31%, пять и более – у 24%. Средний показатель НДО у респондентов составил 3,0.

Большинство реабилитантов экспериментировали с употреблением нескольких ПАВ. Одно ПАВ в течение жизни употребляли 7%, 4 и более ПАВ – более половины (59%). Среднее число, употреблявшихся ПАВ, составило 3,8 (SD = 1.7). Первым ПАВ для большинства респондентов было курение табака (77%), или употребления алкоголя (23%). Средний возраст первого употребления ПАВ был 14.2 года. Половина детей и подростков начала употребление ПАВ

до 14,0 лет (медиана). Вторым ПАВ чаще всего становился алкоголь (67%) или табак (10%). Началось экспериментирование с наркотиками: каннабиоиды попробовали 10%, психостимуляторы – 2%, аптечные препараты – 3%, спайсы – 1%. Средний возраст употребления второго ПАВ составил 16.2 года, медиана – 15 лет. Об употреблении третьего ПАВ сообщил 71%, наиболее часто употреблялись каннабиоиды (42%) и психостимуляторы (11%).

В результате большинство реабилитантов употребляли алкоголь (95%) и курили (91%), более половины употребляли психостимуляторы (59%) и каннабиоиды (57%), другие ПАВ употреблялись реже: галлюциногены (22%), опиоиды (16%), аптечные препараты (8%). Новые ПАВ (спайсы и соли) пробовали 6 и 9%, соответственно.

Таким образом, для реабилитантов было характерно наличие в среднем трех событий НДО и экспериментирование с тремя и более ПАВ. Наличие НДО связано с более ранним началом употребления ПАВ. Полученные данные помогут в разработке программ профилактики употребления ПАВ.

ОСОБЕННОСТИ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ СВЯЗАННОГО С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Григорьева А. А.

*Национальный Научный Центр Наркологии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, г. Москва,
e-mail: alexandrina_gr@mail.ru*

О социальной значимости проблемы превенции самоповреждающего, суицидального поведения и употребления психоактивных веществ (ПАВ) среди подростков свидетельствуют эпидемиологические данные. При этом официальная статистика суицидов фиксирует только случаи суицида, совершенные традиционными способами и не включает смертность вследствие употребления ПАВ. По экспертным оценкам Минздрава России за последние 10 лет в России наблюдается увеличение числа больных лиц с наркологическими заболеваниями на 60% и их более молодой возраст. Из общего числа наркозависимых 20% составляют школьники, 60% – лица молодого возраста (16-30 лет). Рост наркологических заболеваний у лиц данного возраста сопряжен с формированием паттернов высокорискового поведения, возникновением коморбидных расстройств, манифестацией самоповреждающего, суицидального, антисоциального поведения, а также широкого спектра аффективных расстройств.

Отечественные и зарубежные исследования подтверждают тесную связь самоповреждающего поведение подростков с употреблением ПАВ. Подростки, употребляющие ПАВ, находятся в группе риска самоповреждающего и суицидального поведения. И чем раньше начинается употребление подростками ПАВ, тем выше этот риск. Интоксикация ПАВ может выступать в качестве триггера самоповреждающего поведения. Известно, что 20-50% суицидентов несовершеннолетнего возраста страдали наркологическими расстройствами, 22% самоубийств было совершено в состоянии алкогольного опьянения. Однако вопрос в векторе связи между этими феноменами остается по-прежнему дискуссионным. Одни авторы полагают, что в подростковом возрасте самоповреждение является

независимым фактором, повышающим риск формирования разных видов зависимостей в юношеском возрасте,). Другие авторы отмечают обратную взаимосвязь: употребление ПАВ и алкоголя в подростковом возрасте повышает риски самоповреждающего поведения.

Нами было проведено исследование, в котором участвовали учащиеся общеобразовательных школ городского округа Чехов (61 человек) в возрасте от 12 до 15 лет (средний возраст группы $13,64 \pm 0,6$). Обследование проходило анонимно, информационные бланки кодировались специальным образом.

Для оценки самоповреждающего поведения использовался опросник «Модификация тела». Для оценки осведомленности и интересе подростков к употреблению ПАВ применялся разработанный нами опросник «Экспресс-опросник на выявление интереса, осведомленности и отношения подростков к употреблению ПАВ». Для оценки системы убеждений подростка о себе, мире и отношениях с миром был использован «Тест жизнестойкости». Тест-опросник «Исследование волевой саморегуляции» предназначался для оценки уровня развития волевой саморегуляции в качестве инструмента определения зрелости мотивационной сферы. Проведенное исследование позволило выявить особенности самоповреждающего поведения подростков, связанного с употреблением ПАВ.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

¹Давыдова Н. Е., ²Злоказова М. В., ²Ичитовкина Е. Г.

¹ *Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел России по Кировской области», г. Киров.*

² *Кировский государственный медицинский университет, г. Киров.*

Высокие морально-нравственные качества, психологическая готовность личности к соблюдению служебной дисциплины и осуществлению профессиональных обязанностей в условиях экстремальной служебной деятельности являются важными для службы в органах внутренних дел (ОВД) РФ наряду с индивидуальными психофизиологическими и физическими особенностями.

При отборе кандидатов на службу в правоохранительные органы специалисты центров психофизиологической диагностики (ЦПД) сталкиваются с проявлениями аддиктивного поведения, при котором психическая и физическая зависимость отсутствуют, а факт чрезмерного потребления алкоголя и эпизодическое употребление наркотических средств имеет место. В связи с существующим порядком профессионального отбора лица без зависимостей и пагубных для здоровья последствий могут поступить на службу. Данный факт диктует необходимость совершенствования профилактической работы с сотрудниками ОВД, имеющими девиации поведения в анамнезе.

Цель исследования: выявление психосоциальных факторов риска формирования аддиктивного поведения у сотрудников правоохранительных органов.

Материалы и методы исследования. На базе ЦПД МСЧ МВД России по Кировской области было обследовано 60 сотрудников ОВД, их разделили на две группы по критерию наличия/отсутствия повышенной частоты употребления алкоголя (60 мл абсолютного алкоголя один раз в неделю и более в течение последнего года): I гр. – 30 чел., имевших факт повышенной частоты употребления алкоголя, средний возраст – $36,5 \pm 4,3$ лет; II гр. – 30 чел. – без признаков повышенной алкоголизации, средний возраст – $35,1 \pm 7,2$ лет. Были проанализированы протоколы психофизиологического

обследования, включавшие данные анамнеза жизни. Для статистической обработки результатов использовался критерий Стьюдента, достоверными считались различия при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования. У лиц I группы в сравнении со II группой существенно *чаще* ($p < 0,05$) в анамнезе встречалось воспитание в семьях с постоянными конфликтами, психотравмирующими ситуациями и разводами родителей – 16,6% и 10,0%. Половина респондентов I группы в отличие от второй являлись участниками боевых действий (50,0% и 23,3%, соответственно). Отягощенная наследственность по наркологическим заболеваниям встречалась в обеих группах примерно с одинаковой частотой (6,6% и 3,3%, соответственно). Респонденты I группы отмечали факты жестокого обращения в семье (6,6%), низкий доход (6,6%) и воспитание по типу гиперопеки (6,6%), во II группе респондентов данные факты анамнеза не выявлялись.

Выводы. Психосоциальными факторами риска формирования аддиктивного поведения являются: психотравмирующие ситуации, перенесенные в детстве с последующим воздействием стресс-факторов боевого характера. Целесообразно рассмотреть вопрос о более глубоком изучении анамнеза кандидатов на службу в строевые подразделения ОВД и при выявлении факторов риска, рекомендовать им альтернативное трудоустройство в тех подразделениях ОВД, где не предусмотрено участие в служебно-боевых операциях.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ И СУБЪЕКТИВНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ СЕЛЬСКИХ ПОДРОСТКОВ

Дашиева Б. А., Тюлюпо С. В., Александрова Л. А.

*Томский Государственный университет, г. Томск,
НИИ психического здоровья ТНИМЦ, г. Томск,
e-mail: bairma2009@mail.ru*

Статья написана в рамках научного проекта (№ 8.1.54.2018), выполненного при поддержке Программы повышения конкурентоспособности ТГУ.

Представленное исследование направлено на разработку решений, способствующих повышению показателей психического здоровья и психологического благополучия учащихся средних общеобразовательных школ. Его целью являлось определение профиля психосоциального здоровья подростков и выявление характеристик школьной среды, оказывающих на него наибольшее влияние. Исследование включило 578 подростков 13-17 лет, учеников 18 сельских школ.

Пакет методов оценки статуса психического и социального здоровья респондентов и характеристики школьной среды включал шкалу М. Ковак и авторский опросник благополучия сельских подростков (С. В. Тюлюпо, Б. А. Дашиева). На их основании оценивались: уровень риска развития депрессивных симптомов и суицидального поведения, проявления девиантного, делинквентного и аддиктивного поведения; выраженность соответствующих установок в межличностных отношениях. Анализ данных реализован в среде IBM SPSS Statistics 21 с использованием методов многомерной статистики.

Оценивая уровень субъективного благополучия подростков, мы учитывали их субъективную оценку: своего самочувствия и эффективности; безопасности и удовлетворённости в межличностных отношениях; актуального статуса и перспективы развития их жизненной ситуации. Спектр контролируемых параметров среды включал наличие и субъективную доступность социальной и диалогической поддержки в трудных жизненных ситуациях.

Мы обнаружили положительную взаимосвязь между выраженностью у подростков девиантных, делинквентных, суицидальных

и аддиктивных паттернов поведения. Во взаимосвязи с их интенсивностью выступали: переживания подростками злости, обиды, тревоги; состояний астении и пресыщения; эксплозивные вспышки в ситуациях фрустрации и реакции ухода; враждебность по отношению к окружающим. Выраженность этого симптомокомплекса имела отрицательную взаимосвязь с показателями субъективной оценки подростком самооффективности, жизненной ситуации в настоящем и будущем, и положительно коррелировала с оценкой подростками поведения учителя как неприязненного, недоброжелательного, конфликтного и отсутствием поддержки со стороны учителей и сверстников.

Одновременно с возрастанием таких показателей психосоциального неблагополучия, подростки проявляли снижение готовности обращаться за помощью и поддержкой к родителям, учителям и сверстникам. Более половины подростков (эти показатели варьировали в различных поселениях) указывали, на то, что в принципе не обращаются за помощью ни к кому и надеются в трудных ситуациях только на свои силы. Таким образом, взаимосвязь средовых, субъективных и субъектных предпосылок снижения психического здоровья и благополучия приобретала характер порочного круга, который не может быть разорван средствами медицинской профилактики без системного преобразования социальной среды. В этом контексте особое значение приобретают меры, направленные на повышение культуры эмоциональной саморегуляции учителей; формирования у них навыков конструктивного поведения в конфликте; ценностного, а значит и уважительного отношения к личности ученика; чувствительности к его потребностям в поддержке и способности эту поддержку предоставить своевременно и эффективно.

ПСИХОДЕРМАТОЛОГИЯ В КЛИНИКЕ СЕМЕЙНО-СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСГАРМОНИЙ

Добаева Н.В

Отделение сексологии и терапии сексуальных дисфункций МНИИП – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, e-mail: dona19@mail.ru

Изучение психосоматических расстройств – одно из актуальных и перспективных направлений развития медицины. Особая роль патогенных эмоциональных реакций в генезе кожных проявлений послужила основой для выделения из психодерматологической патологии так называемых психосоматических кожных заболеваний. Психические расстройства, отличающиеся полиморфизмом клинических проявлений, наблюдаются у трети пациентов дерматологических клиник. В среднем эпидемиологические значения сочетания дерматологической и психической патологии составляют около 30-40% (Дороженок И. Ю., Львов А. Н., 2006). Дерматологические заболевания с хроническим рецидивирующим течением, торпидные к терапии, сопровождающиеся выраженным зудом и высыпаниями, локализующимися на открытых участках кожи, могут сами по себе явиться тяжелым стрессом и провоцировать психогенные расстройства и сексуальные дисфункции (реакции, развития в связи с косметически неблагоприятным воздействием кожного процесса, его зудящим характером и т. д.). Сложность коморбидных связей психических, сексологических и дерматологических расстройств представляется очевидной. Лица с хроническими дерматозами в силу своих личностных особенностей, стеснительности, сложностей во взаимодействии с окружающими, с семьей нуждаются в длительном наблюдении и психотерапии. Жалобы на внешнюю непривлекательность вследствие поражения кожных покровов, осознанное стремление избежать интимный контакт, снижение уровня самооценки, состояние социальной депривации приводит к формированию проблем эротического и сексуального общения и сексуальным расстройствам. Многие авторы отмечают, что недооценка психических факторов при хронических дерматозах лишает эффективного лечения не менее 40% обращающихся к ним больных (Rook A. et al., 1979; Orfunos C. E., Garbe K., 1995).

Поскольку сексуальная функция – парная, то одним из факторов, который может как улучшить, так и усугубить ситуацию, является межличностное взаимодействие партнеров, которое необходимо использовать в качестве помощи в терапии.

В МНИИП МЗ РФ было обследовано 98 пациентов, страдающих психосоматическими дерматозами (55,2% с псориазом, 44,8% с атопическим дерматитом), в возрасте от 18 до 40 лет, когда проблема выбора партнера особенно актуальна. Первое место среди психотравмирующих факторов занимают семейно-сексуальные проблемы, которые приводили к началу кожного заболевания у четверти обследованных и к рецидиву – в 70% случаев. Семейно-сексуальные дисгармонии наблюдались у 35,7% обследованных и проявлялись различными нарушениями сексуальных функций у одного или обоих партнеров – снижением влечения как у мужчин, так и у женщин, аноргазмией и гениталгиями у женщин, расстройствами эрекции, эякуляции у мужчин.

Пациенты с семейно-сексуальной дисгармонией у лиц с хроническими дерматозами должны получать комплексную терапию не только со стороны дерматолога, психиатра, но и сексолога. Для выработки необходимой тактики лечения необходимо обратить внимание на сексуальные расстройства, которые приводят к ухудшению общего физического и нервно-психического состояния больных, что провоцирует проявления кожной патологии.

ЗНАЧЕНИЕ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ПО ВОПРОСАМ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Довженко Т. В., Бобров А. Е., Царенко Д. М.

*Московский НИИ психиатрии (филиал ФГБУ «НМИЦ ПН» Минздрава России), г. Москва,
e-mail: dtv99@mail.ru*

Психические расстройства, в силу значительной распространенности как в популяции, так особенно среди пациентов, обращающихся за медицинской помощью, оказывают значительное негативное влияние на многие сферы общественной жизни, включая культуру, экономику, политику. Однако, существующая система здравоохранения их недооценивает. Медико-психологические проблемы и психические нарушения часто сопутствуют соматическим заболеваниям, ухудшают их прогноз, негативно сказывается на комплаентности пациентов, снижают качество их жизни. В последнее время эта проблема все чаще рассматривается с позиций концепции мультиморбидности. Это приводит к пересмотру профессиональных компетенций, которые имеют первостепенное значение для врачей. Появляется необходимость в повышении квалификации врачей по вопросам диагностики и лечения психических расстройств у пациентов с соматическими заболеваниями. Однако существующие правовые нормы (врачи соматических специальностей по сути лишены права оказывать квалифицированную помощь пациентам с соматическими заболеваниями и сопутствующими психическими, в основном, депрессивными и тревожными, расстройствами), последствия модернизации здравоохранения (значительное сокращение числа психотерапевтических кабинетов и психиатров в поликлиниках и соматических стационарах) привели к тому, что пациенты первичной медицинской сети фактически лишены психиатрической и психологической помощи. В сложившейся ситуации единственно возможным выходом является включение в эту работу врачей первичного звена здравоохранения. Результаты исследований показывают, что врачи соматических специальностей могут довольно точно квалифицировать наличие или отсутствие психических расстройств. 91% врачей считают недостаточными свою осведомленность, знания и опыт для ведения больных

с указанными нарушениями и подтвердили необходимость соответствующего дополнительного образования. После прохождения цикла профессиональной подготовки их компетенции в плане диагностики и лечения непсихотических психических расстройств, взаимодействия с пациентами существенно возрастает. В то же время имеются аргументы против привлечения терапевтов и других специалистов первичного звена здравоохранения к решению проблем, связанных с психическим здоровьем. Они сводятся к их перегруженности, недостаточной компетентности в области психиатрической диагностики, вероятному необоснованному применению психофармакологических средств, к трудностям профессиональной подготовки по психиатрии и психотерапии. Приведенные аргументы легко оспариваются значительной распространенностью психических расстройств у пациентов территориальных поликлиник, а также тем, что эффективность их лечения в большой степени обусловлена умением врача разобраться в их психологическом состоянии. Таким образом, решение задач привлечения врачей первичного звена здравоохранения к оказанию психиатрической помощи, повышения их осведомленности по вопросам психического здоровья, определяется проведением комплекса образовательных и организационных мероприятий, будет способствовать повышению качества оказания медицинской помощи, улучшению качества жизни.

РОЛЬ ЭСТЕТИЧЕСКИХ КАТЕГОРИЙ В ПСИХОТЕРАПИИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Дудко Т. Н., Коротина О. В.

*ННЦН – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» МЗ России, г. Москва,
e-mail: t_dudko@mail.ru*

Эстетическое восприятие реальной действительности включает здравый смысл, волевые и морально-этические качества, способность оценить и, при необходимости, «защититься» от пагубных негативных воздействий окружающей социальной среды и деструктивных граждан. Эстетические категории: прекрасное, возвышенное, трагическое, безобразное и др., давно используются в психотерапевтической практике в наркологии и психиатрии. Эти категории в значительной мере структурируют переживания на рациональном и эмоциональном уровнях, делая их осязаемыми для анализа и самонаблюдения. Исходя из выше приведенного и основываясь на концепции психотерапии творческим самовыражением, нами разработана программа «Психотерапия эстетическими категориями» (ПЭК) для пациентов зависимых от ПАВ.

Цель исследования: повысить эффективность психотерапевтического и профилактического направлений в наркологии на основе внедрения в практику наркологических организаций и психологического консультирования программы «Психотерапия эстетическими категориями».

В разработанную программу медико-социальной реабилитации были введены занятия по развитию эстетических качеств пациентов. Продолжительность программы 2 года, из них – один год нахождение в стационаре реабилитационного центра, затем обязательное участие в амбулаторной программе. Программа включала курс лекций по эстетике, просмотр тематических документальных и художественных фильмов, посещение музеев с последующим обсуждением. В программу восстановления вовлекались созависимые родственники пациентов, с которыми проводилась соответствующая психотерапевтическая и психокоррекционная работа. Позитивные изменения с больными происходили в реабилитационных центрах при продолжительном пребывании в них. Постепенно восстанавливается физическое здоровье, уменьшается вле-

чение к ПАВ, появлялась способность увидеть и почувствовать красивое и прекрасное в окружающем мире. Эстетические категории начинали работать на восстановление больных, на возвращение к трудовой жизни в открытом обществе. Больные с удовольствием рассказывали о позитивных психологических изменениях, об исчезновении влечения к ПАВ, о желании посещать спортивный зал, быть в программе арттерапии. Понемногу исчезали ложные позитивно окрашенные представления о наркотиках, больные все больше убеждались в том, что в жизни наделали много ошибок, погружаясь в употребления наркотиков, упустили хорошие возможности в учебе и работе. Пациенты, прошедшие программу реабилитации, подчеркивали, что необходимо пройти катарсис, чтобы никогда не возвращаться к употреблению ПАВ.

Проведенный мониторинг продолжительности ремиссий после завершения программы реабилитации с эстетическим направлением (ПЭК), составляет: 1-2 года – 68%. Все пациенты, находящиеся в ремиссии, трудоустроены, живут в семьях, имеют конкретные реализуемые планы на улучшение качества жизни.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА ОТМЕНЫ МЕТАДОНА И ГЕРОИНА

Егиян В., Клименко Т.В.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва,
e-mail: klimenko17@mail.ru*

Последние несколько лет наблюдается тенденция увеличения немедицинского потребления метадона и роста числа больных с наркологическими расстройствами вследствие употребления метадона на фоне устойчивой тенденции к снижению соответствующих показателей, связанных с употреблением героина. В связи с этим все более актуальной становится проблема клинической диагностики и выработки тактики терапии данной категории больных. Несмотря на то, что метадон и героин относятся к группе опиоидов и обладают общими клинико-динамическими стереотипами развития связанных с их употреблением психических и поведенческих расстройств, они имеют клинические особенности, что необходимо учитывать при разработке терапевтической тактики.

Сравнительное клинико-динамическое исследование 26 больных с синдромом отмены метадона и 28 больных с синдромом отмены героина показало, что при общем клиническом алгоритме развития они имеют существенные отличительные особенности. Продолжительность синдрома отмены при зависимости от метадона в среднем $16 \pm 1,4$ дня, при героиновой зависимости $8,4 \pm 2,3$ дня. Развитие симптоматики при метадоновом синдроме отмены постепенное, без заметной суточной динамики, с преобладанием идеаторного и поведенческого компонентов синдрома патологического влечения к наркотику, выраженной диссомнией, при минимальной выраженности алгических расстройств, больше похожих на мышечный дискомфорт, чем на болевые расстройства. При героиновом синдроме отмены развитие симптоматики лавинообразное, с выраженными алгическими и аффективными расстройствами, тяжелыми дисфориями, грубым психопатоподобным поведением и отчетливым утяжелением сомато-психического состояния в вечерне-ночное время.

При зависимости от метадона достоверно чаще наблюдался соматовегетативный (46,7%) и психопатологический (35,4%) варианты синдрома отмены, аффективный вариант наблюдался реже (17,9%), а при зависимости от героина чаще наблюдался психопатологический (58,3%) и аффективный (37,7%) варианты синдрома отмены, соматовегетативный вариант отмечен в единичных случаях (4%). Клиническая структура синдрома отмены в обеих группах коррелировала с основными клиническими параметрами синдрома зависимости, наличием и формой сочетанной психической патологии. Психопатологический вариант синдрома отмены наблюдается у лиц с органическим расстройством личности и у лиц с викарным полинаркотизмом; аффективный вариант был характерен для лиц с неустойчивым типом преморбидной личности, со среднепрогредиентным типом течения синдрома зависимости и при небольшом стаже употребления наркотиков; соматовегетативный вариант синдрома развивался у лиц преморбидно эмоционально-неустойчивых, с ранним началом злоупотребления наркотиками, относительно быстрыми сроками формирования синдрома отмены, непродолжительными ремиссиями и при наличии коморбидной патологии в форме органического расстройства личности.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Захаров Н. Б.

*КОГБУЗ «КОКПБ им. академика В. М. Бехтерева»,
ФГБОУ ВО «Кировский ГМУ Минздрава России» г. Киров,
e-mail: nb_zakharov@mail.ru*

Материалом для настоящей работы явились результаты изучения КЖ 402 пациентов с расстройствами шизофренического спектра (F20 – F29 «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства» по МКБ-10). В зависимости от клинического состояния и причин нахождения в стационаре было выделено четыре группы пациентов: I – пациенты с первичными госпитализациями в психиатрический стационар, II – пациенты с повторными госпитализациями в психиатрический стационар в течение года, III – больные, проходившие принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа, IV – пациенты с непрерывным пребыванием в стационаре более года. Методом случайной выборки обследовано:

- 106 пациентов I группы, с дебютом или обострением заболевания, относящегося к расстройствам шизофренического спектра, из них 54 женщины (50,9%) и 52 мужчины (49,1%);
- 106 пациентов II группы, из них 54 женщины (50,9%) и 52 мужчины (49,1%). Средний возраст женщин составил $45,3 \pm 12,4$ лет (от 20 до 70 лет), мужчин – $45,4 \pm 13,4$ лет (от 25 до 78 лет);
- 82 пациента III группы, из них 42 женщины (51,2%) и 40 мужчин (48,8%). Средний возраст женщин составил $39,0 \pm 12,0$ лет (от 21 до 66 лет), мужчин – $44,1 \pm 12,1$ лет (от 23 до 70 лет);
- 56 мужчин IV группы и методом сплошной выборки – 52 женщины IV группы, итого 108 пациентов. Средний возраст женщин составил $60,4 \pm 13,5$ лет (от 42 до 78 лет), мужчин $49,8 \pm 9,9$ лет (от 38 до 62 лет).

Для оценки качества жизни (КЖ) использовался опросник SF-36. Он является неспецифическим опросником для оценки КЖ пациентов при любых заболеваниях. Опросник отражает общее благополучие и степень удовлетворенности сторонами жизнедеятельности человека, которые влияют на состояние здоровья. Для оценки статистической значимости использовался непараметрический метод

Краскелла-Уоллиса; при подтверждении гипотезы о различии групп проводилось парное сравнение групп с использованием непараметрического теста Манна-Уитни с поправкой Бонферрони при оценке значения p .

В ходе исследования выявилось, что показатели КЖ существенно отличались как в разных группах, так и между женщинами и мужчинами. Если в группе I все показатели здоровья у женщин были статистически значимо ниже аналогичных показателей мужчин ($p < 0,001$), то в группе II у женщин были ниже показатели физического здоровья, в группе III – выше показатели психологического здоровья, а в группе IV – большинство показателей как физического, так и психологического здоровья были ниже по сравнению с мужчинами.

При сравнении показателей КЖ разных групп у лиц одного пола наиболее высокие средние значения КЖ (как физического компонента, так и психологического) наблюдались у женщин III группы ($49,9 \pm 4,7$ при $p < 0,001$ и $46,3 \pm 4,5$ при $p < 0,001$); наиболее низкие – в IV группе ($39,7 \pm 4,4$ и $30,1 \pm 10,2$ соответственно). Среди мужчин наиболее высокие средние показатели физического компонента здоровья наблюдались у лиц I группы ($53,1 \pm 5,4$ при $p < 0,001$), наиболее низкие у пациентов IV группы ($44,5 \pm 4,5$); наиболее высокие средние значения психологического компонента здоровья зафиксированы у лиц IV группы ($45,5 \pm 3,8$ при $p < 0,001$), наиболее низкие – у пациентов II группы ($36,0 \pm 6,8$).

Таким образом, выявлено влияние клинического состояния и гендерного фактора на КЖ пациентов.

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПОСТРАДАВШИХ И РОДСТВЕННИКОВ ПОГИБШИХ ПРИ ПОЖАРЕ В Г. КЕМЕРОВО

Захарова Н. М., Баева А. С.

ФГБУ «НМИЦПН им. В. П. Сербского» Минздрава РФ, г. Москва,
e-mail: natali_oslo@mail.ru

Любая чрезвычайная ситуация, связанная с гибелью людей и особенно детей, приводит к развитию психоэмоциональных нарушений и психогенных расстройств как у родственников погибших, так и у выживших.

25.03.2018 г. при пожаре в ТРЦ «Зимняя вишня» в г. Кемерово погибло 64 человека (из них 41 ребенок), 79 человек обратились за помощью в больницы в первые 3-е суток, количество пострадавших, спасшихся из горящего торгового центра, остается неизвестным.

При оказании психолого-психиатрической помощи пострадавшим и родственникам погибших в первые 3-е суток были выявлены состояния, которые характеризовались симптоматикой, специфичной для острой реакции на стресс различной степени выраженности (157 человек), в том числе с расстройствами психотического уровня, такими как реактивная депрессия и психогенный параноид с развитием интерпретативного бреда, не выходящего за рамки психотравмирующей ситуации (7 человек).

В дальнейшем, при оценке психического состояния пострадавших и родственников погибших, обратившихся за медико-психологической помощью, выявлялись следующие психогенно обусловленные расстройства:

- депрессивная реакция (снижение настроения, двигательная и идеаторная заторможенность разной степени выраженности, связанные с психотравмирующим событием) (12 случаев);
- расстройства тревожно-депрессивного спектра с преобладающим формированием избегающего поведения (30 случаев);
- симптоматика, характерная для расстройства адаптации с преобладанием нарушений других эмоций (сниженное настроение с беспокоемством, моторным напряжением, опасениями за свою жизнь и жизнь близких, дурными предчувствиями, напряженностью,

гневливостью, сопровождающимися вегетативными симптомами) (10 случаев);

- симптомы гипервозбуждения (нарушения сна, реакция испуга, вегетативная возбудимость) (20 случаев);
- синдром дереализации-деперсонализации с жалобами на холодность, отстраненность от своих мыслей, ощущений, окружающей реальности при сохраненном сознании, ощущении чуждости происходящего и способности выражать эмоции (2 случая);
- отсроченная реакция горя (повышенная активность без чувства утраты, изменения в отношениях к друзьям и родственникам, утрата форм социальной активности, яростная враждебность против определённых лиц) (2 случая);
- постстрессовая реакция, с преобладанием диссоциативной симптоматики (5 случаев);
- декомпенсация ранее установленных психических заболеваний (расстройство зрелой личности, различных форм шизофрении (в виде актуализации невротоподобной симптоматики, острого бреда) (5 случаев).

Таким образом, психические нарушения, возникшие у большинства пострадавших и родственников погибших, характеризовались выраженной полиморфной симптоматикой, носящей устойчивый характер и требующей психо- и фармакотерапевтической коррекции, в том числе и в условиях психиатрического стационара.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

Злоказова М. В., Ичитовкина Е. Г.

Кировский государственный медицинский университет, г. Киров

Профессиональная деятельность сотрудников органов внутренних дел (ОВД) связана с частым пребыванием в экстремальных ситуациях, сопряженных с высоким психофизическим напряжением, что может быть причиной раннего развития психических заболеваний (Сидоренко В. А., 2017). Своевременность и качество комплексных психопрофилактических осмотров личного состава являются основными составляющими мониторинга состояния психического здоровья, способствуя выявлению пограничных психических расстройств (ППР) на ранних этапах формирования (Соловьев А. Г., Злоказова М. В., 2017).

Цель исследования: анализ структуры нарушений психического здоровья у сотрудников органов внутренних дел.

Материалы и методы обследования. В 2015 г. были проведены комплексные психопрофилактические обследования 4090 сотрудников УМВД России по Кировской области с участием врачей психиатров и медицинских психологов. У 769 человек (18,8%), были выявлены отклонения в состоянии психического здоровья.

Результаты. Самым распространенным являлся синдром эмоционального выгорания с редуциацией профессиональных обязанностей – 259 чел. (33,8%). Астенические состояния, возникновение которых респонденты объясняли большими стрессовыми нагрузками на службе и ненормированным рабочим днем были выявлены у 179 чел. (23,3%). Эпизодические ситуационно-обусловленные невротические реакции с тревогой и бессонницей выявлялись у 99 чел. (12,8%). Транзиторные аффективно-поведенческие реакции с гневом, импульсивными поступками, агрессивными тенденциями отмечались у 102 чел. (13,3%). Психосоматические нарушения с преобладанием дисфункциональных отклонений сердечно-сосудистой системы у 61 чел. (7,9%). Клинически сформировавшиеся ППР – 35 чел. (4,5%) – были представлены кратковременными расстройствами приспособительных реакций с тревожно-депрессив-

ными, невротическими и фобическими проявлениями. Склонность к аддиктивному поведению с повышенной частотой употребления алкоголя была выявлена у 34 чел. (4,4%), частота употребления алкоголя варьировала от 2 до 3 раз в неделю, при этом клинически сформировавшихся пагубных для здоровья последствий выявлено не было.

Вывод. Анализ структуры нарушений психического здоровья у обследованных сотрудников ОВД показал значительную распространенность донологических психических отклонений и отдельных патопсихологических синдромов. Их выявление у сотрудников ОВД свидетельствует о необходимости оказания психотерапевтической и медико-психологической помощи в условиях ведомственных центров психического здоровья.

ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОСМЕРТНЫХ АМБУЛАТОРНЫХ КОМПЛЕКСНЫХ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ

Зотов П. Б., Кузнецов П. В.

*ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Тюмень,
e-mail: note72@yandex.ru*

В течение ряда лет вопрос организации суицидальной превенции в Тюменской области занимает одно из ведущих мест в психиатрической службе. На базе Тюменской областной клинической психиатрической больницы были созданы Центр суицидальной превенции, суицидологический регистр, кроме того, проводится большая аналитическая и экспертная работа. Судебно-психиатрическая экспертиза входит в этот комплекс мер.

Цель – анализ динамики проведенных посмертных амбулаторных комплексных судебно-психиатрических экспертиз в ГБУЗ ТО «ОКПБ» за период 2015-2017 гг.

Материалы и методы. Проанализированы все посмертные судебные комплексные психолого-психиатрические экспертизы, проведенные за последние 3 года. У всех испытуемых проводился анализ предоставленной медицинской документации, показаний родственников близких людей, свидетелей.

Результаты. В последние годы уровень завершенных суицидов снижается как в общем по России, так и по Тюменской области (2015 год – 293; 2016 год – 286; 2017 год – 212). Вместе с тем, число посмертных судебных комплексных психолого-психиатрических экспертиз в регионе, напротив, увеличивается (2015 год – 21; 2016 год – 32; 2017 год – 41), что указывает на повышение внимания следственных органов к данной проблеме. Однако при анализе экспертиз можно говорить о недостаточном предоставлении в указанный срок нужной документации и информации о суициденте и ситуации (неполное предоставление медицинской документации, некачественный сбор анамнестических сведений о суициденте в показаниях родственников и близких лиц), что затрудняет процесс экспертной оценки и увеличивает срок проведения экспертизы и подготовки заключения.

Заключение. Таким образом, увеличение количества посмертных судебных комплексных психолого-психиатрических экспертиз

за последнее время является положительным моментом, отражающим более пристальное внимание следственных органов к каждому случаю насильственной смерти, привлечение служб, осуществляющих суицидальную превенцию в регионе.

С целью повышение уровня экспертной оценки случаев суицида, на наш взгляд, необходимо увеличить качество межведомственного взаимодействия. При этом возможно внедрить в работу следственных органов разработанную совместно с психиатрами анкету с четким перечнем вопросов по наличию аутоагрессивных и других форм деструктивного поведения у человека в анамнезе (заполняемую со слов близких, свидетелей, медицинской документации и др.). Это может облегчить работу экспертов и повысить эффективность экспертиз.

ЛИЧНОСТНЫЕ И СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, СИСТЕМАТИЧЕСКИ УПОТРЕБЛЯЮЩИХ «НОВЫЕ» ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА

Игумнов С. А., Лобачева А. С., Николкина Ю. А., Шахова С. М.

Национальный научный центр наркологии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, e-mail: igumnov.s@serbsky.ru

Целью настоящего исследования является разработка системы мер профилактики аддиктивного поведения и его последствий у молодежи.

Задачи исследования: 1) выявить негативные психосоциальные последствия реализации различных форм аддиктивного поведения (зависимость от «новых психоактивных веществ» (НПВ), Интернет-зависимость), развившихся на фоне алекситимических особенностей личности; 2) осуществить сбор эмпирических данных (факторов развития алекситимии в молодежной среде, ее гендерных особенностей) в соотнесении с особенностями различных форм аддиктивного поведения; 3) разработать практические рекомендации по профилактике аддиктивного поведения современной молодежи и его последствий посредством социокультурных ресурсов.

Материал и методы. Проведена рандомизация обследуемых лиц (100 человек в возрасте 15-24 лет, средний возраст: $18,9 \pm 1,6$ лет, М: Ж = 61:39) на 2 группы: основную (ОГ, 50 чел. (М: Ж = 29:21), лица с наличием формирующейся зависимости от НПВ) и группу контроля (50 чел., (М: Ж = 32:18), не имеющие аддикций и девиантного поведения с отсутствием зависимости). Осуществлено социально-психологическое анкетирование и экспериментально-психологическое исследование уровня алекситимии; степени выраженности Интернет-зависимости; индивидуально-характерологических личностных особенностей; индивидуального стиля совладания со стрессом, паттернов поведения и ресурсов личности), на основе принципа информированного согласия на участие в исследовании.

Результаты исследования. По данным исследования способов совладающего поведения, в категории «Поиск социальной под-

держки» группы сравнения ОГ и КГ статистически значимо различаются (вероятность случайного сходства $p = 0,016$, $t = 2,45$, $df = 98$), что свидетельствует о значимости поддержки социальным окружением в случае как возникновения зависимости от ПАВ, так и в процессе осуществления лечебно-профилактических и реабилитационных программ. По общему количеству баллов Торонтской Алекситимической Шкалы (TAS-26-R) лица ОГ (среднее значение $67,66 \pm 8,01$) и КГ (среднее значение $58,92 \pm 8,36$) статистически значимо различаются между собой, вероятность случайного сходства $p < 0,001$, $t = 5,3$, $df = 98$. Показатели выраженной алекситимии заметно преобладают в ОГ, что может выражаться в значительных затруднениях в области распознавания и выражения собственных чувств и эмоций, рефлексии, затруднении эмпатии, а также в нарушениях построения эмоционально стабильных отношений с окружающими, что также может быть причиной употребления ПАВ. При исследовании интернет-аддикции опросником С. А. Кулакова (2004) выявлено статистически значимое различие между ОГ и КГ, вероятность случайного сходства $p = 0,006$, $t = 2,82$, $df = 98$, что может характеризовать респондентов из группы риска по аддикции как склонных к замещению химических форм зависимостей нехимическими стимуляторами, в частности, длительным пребыванием в сети Интернет.

Полученные и проанализированные материалы исследования явились базой для разработки комплексной программы профилактики и реабилитации при зависимости от «новых ПАВ» среди подростков и молодежи.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ

Казаковцев Б. А.

*ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва,
e-mail: bakazakovtsev@serbsky.ru*

Показатель первичной заболеваемости всеми психическими расстройствами с 1990 по 2005 гг. в России увеличился на 31% (с 268,1 до 388,3 на 100 тыс. населения). В период с 2005 по 2014 гг. он уменьшился на 22,7% (до 308,3 на 100 тыс. населения). Показатель же первичной заболеваемости всеми злокачественными новообразованиями непрерывно увеличивался в стране в период с 1990 по 2014 гг. на 31,1% (с 264,4 до 388,1 на 100 тыс. населения).

При этом неуклонно в целом по стране увеличилась первичная заболеваемость раком органов репродуктивной и мочевыделительной систем, раком прямой кишки. Суммарная доля первичной заболеваемости данными наиболее распространенными видами патологии среди всех случаев первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями увеличилась в 1,6 раза: с 45,5% в 1990 г. до 71,1% в 2014 г.

Вместе с тем имеет место тенденция к неуклонному снижению первичной заболеваемости раком органов дыхательной системы и раком полости рта, глотки, желудка. Суммарная доля первичной заболеваемости данными видами патологии среди всех случаев первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями уменьшилась в 1,9 раза: с 39,5% в 1990 г. до 20,4% в 2014 г.

Отмечено также умеренное снижение первичной заболеваемости раком пищевода, печени и внутривенных желчных протоков. Суммарная доля первичной заболеваемости данными видами патологии среди всех случаев первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями уменьшилась в 1,6 раза: с 4,3% в 1990 г. до 2,6% в 2014 г.

В 70-80% случаев психические расстройства при злокачественных новообразованиях, за исключением психических расстройств,

обусловленных непосредственным поражением головного мозга, являются психогенно обусловленными.

На индивидуальном уровне между первичной заболеваемостью злокачественными новообразованиями и первичной заболеваемостью психическими расстройствами, по многочисленным данным литературы, хронологическая связь, бесспорно, существует.

В плане локализации онкологического процесса варианты данной связи могут быть исследованы путем сравнения результатов клинического изучения соответствующих групп пациентов. Однако в процессе статистического наблюдения в масштабе страны или региона подобного рода хронологическая связь не может быть доказательно установлена по причине отсутствия обязательного регистра психических расстройств, выявляемых у онкологических пациентов.

Утвержденные приказами Минздрава России порядки оказания медицинской помощи отдельно при психических расстройствах и онкологических заболеваниях не предусматривают обязательно создания в структуре онкологических диспансеров психотерапевтических кабинетов, которое бы позволило наряду с организацией многопрофильной специализированной помощи пациентам организовать указанный регистр. В этой связи необходимо отметить, что идея организации такого рода психотерапевтических кабинетов впервые на официальном уровне была выражена в приказе Минздравмедпрома России от 30 октября 1995 г. № 294 «О психиатрической и психотерапевтической помощи» и что в ряде городов (Кемерово, Москва, Новосибирск, Ростов-на-Дону, Санкт-Петербург, Томск) психотерапевтические кабинеты в онкологических диспансерах успешно функционируют на протяжении многих лет.

РЕЦИДИВЫ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ

Канаева Л. С.

*ФГБУ «НМИЦПН им. В. П. Сербского» МЗ РФ, г. Москва,
e-mail: lubov_kanaeva@mail.ru*

На современном этапе оказания психиатрической помощи особый интерес клиницистов сосредоточен не только на клинических, но и социальных аспектах депрессивных расстройств, что объясняется высокой частотой рецидивов заболевания (61,2%-85%) (Jarrett R. et al., 2001, Keller et al., 1999, Bromet E. J. et al., 2005) и их возникновением у 30-35,9% больных в течение первого года после лечения (O'Leary D. Et al., 2000, Furukawa N. A. et al., 2008). Прогноз при депрессиях весьма неутешительный, т. к. только 20% больных выздоравливают, столько же теряют трудоспособность или умирают от самоубийств, а у остальных развиваются повторные эпизоды депрессий (Paykel E. S., 2001, Bromet E. J. et al., 2005).

В последние годы одной из основных научных проблем является необходимость разграничения понятий «обострение»/«рецидив» и «ремиссия»/«выздоровление». В зарубежной литературе их квалификация часто «размыта» и в основном базируется на временном критерии. По мнению Rush A. J. с соавт., (2006), выздоровление должно включать в себя, скорее всего, не клинические, а психосоциальные характеристики: интеграцию пациентов с депрессией в социуме, восстановление надежды и оптимизма, эффективное сотрудничество с другими людьми и уменьшение зависимости от системы здравоохранения.

В нашем исследовании на модели непсихотических депрессий была изучена стойкость ремиссии (PM), которая является интегративной характеристикой, т. к. определяется клиническими (наличием/отсутствием резидуальной симптоматики, и прежде всего основных (гипотимии и ангедонии) и факультативных (когнитивных нарушений, адинамии) симптомов депрессии, особенностями течения депрессивного расстройства), социально-психологическими (оценка больным своего состояния и социального функционирования) и терапевтическими (вид и наличие поддерживающего лечения) факторами.

Рецидивы депрессии чаще регистрировались при проведении фармакотерапии (ФТ) (41,57%) по сравнению с психотерапией (ПТ) (36,96%) ($p = 0,692$), значительные преимущества последней отмечались при формировании полных (бессимптомных) РМ (26,32% и 0%, соответственно), что в целом совпадает с данными опубликованными Shea МТ, Elkin I, Linber S et al. (1992). Процент рецидивов возрастал с увеличением количества остаточных симптомов в ряду: моносимптоматическая РМ (стойкие изолированные остаточные симптомы, чаще всего тревожного, соматовегетативного, инсомнического и ипохондрического спектра) (23,08% – ПТ, 28,57% – ФТ) полисимптоматическая РМ (конstellляция факультативных для депрессивного состояния симптомов (соматовегетативных, ипохондрических, инсомнических, тревожных, когнитивных нарушений и адинамией и т. д.)) (50% – ПТ и 55,56% – ФТ) и РМ со структурой малой депрессии (наличие основных симптомов – гипотимии) (46,67% – ПТ и 60% – ФТ)

Отрицательный прогноз в отношении стойкости РМ играли рекуррентность и аутохтонный механизм формирования депрессии. В обеих группах рецидивы значительно чаще возникали при рекуррентном депрессивном расстройстве (РДР): при полной РМ – 15,79% (ФТ), моносимптоматической – 17,86% (ФТ) и 15,38% (ПТ), полисимптоматической РМ – 44,44% (ФТ) и 26,67% (ПТ), РМ со структурой малой депрессии – 53,33% (ФТ) и 46,67% (ПТ). Анализ механизма формирования депрессии показал, что в группе ФТ с нарастанием остаточной симптоматики усиливалось влияние аутохтонного фактора: полная РМ -10,53%, моно- и полисимптоматическая РМ – 14,19% и 22,22%, соответственно, а при РМ со структурой малой депрессии – 40%. В группе психотерапии при моно- и полисимптоматических РМ имело значение наличие хронической психотравмирующей ситуации (11,76% и 23,53%, соответственно), а при РМ со структурой малой – аутохтонного начала (23,53%).

Полное восстановление социальной адаптации – функциональной ремиссии (ФРМ) способствовало снижению числа рецидивов в группе ФТ по сравнению с больными с нефункциональной ремиссией (НФРМ): при полной – 5,26%/21,05%, при моносимптоматической – 10,71%/17,86%, при полисимптоматической РМ – 14,81%/40,74%, при РМ со структурой малой депрессии –

13,33%/46,67%. При психотерапии различия в частоте рецидивов при ФРМ и НФРМ были незначительными и практически не зависели от клинического типа: при моносимптоматической РМ – 15,38%/7,69%, при полисимптоматической РМ – 28,57%/21,43%, а при РМ со структурой малой депрессии – 20%/26,67%.

В стандартах оказания помощи больным с депрессией указывается на необходимость проведения поддерживающей терапии в течение минимум одного года после достижения больными РМ. Нами были проанализированы возможности поддерживающей ФТ и ПТ в предотвращении рецидивов депрессии. В обеих группах терапии наличие/отсутствие поддерживающего лечения существенно не влияло на процент рецидивов при полной (10,53%/15,79% – при ФТ и 0%/0% – ПТ) и моносимптоматической РМ (14,29%/14,29% – ФТ и 15,38%/7,69% – ПТ), а также при ПТ при полисимптоматической РМ (28,57%/21,43%). При фармакотерапии значительный рост числа рецидивов при отсутствии поддерживающего лечения антидепрессантами наблюдался при полисимптоматической РМ (14,81%/40,75%), а при его наличии – при РМ со структурой малой депрессии (40%/20%), а при ПТ – при РМ со структурой малой депрессии (13,33%/33,33%).

В целом комплексные антирецидивные программы должны учитывать все многообразие факторов, влияющих на стойкость РМ. Мишенями терапевтического воздействия должны быть остаточные симптомы: основные для депрессии (гипотимия и ангедония) и ряд факультативных (когнитивные искажения (чувство вины, суицидальные и пессимистические мысли и т. д., адинамия) и социальная адаптация больных, решение социальных и психологических проблем с целью устранения стрессовых ситуаций. Для достижения лучших результатов поддерживающее лечение должно включать психотерапию, как в виде самостоятельного вида лечения, так и в комбинации с фармакотерапией и должно проводится не менее одного года.

«ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ МАСКИ ВЗРОСЛЕНИЯ». РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Каракозьян О. Н., Алексаньян Е. К.

ГБУЗ «СКПБ№ 1», г. Краснодар,
e-mail: olgin77ka@gmail.com

Актуальность. Общий характер подростковой психотерапевтической работы определяется тем, что в пубертатном возрасте относительно слабое «Я» сталкивается с усиливающимися влечениями, поэтому психотерапия сочетает поддержку «Я» с анализом типичных для этого возраста психологических защит.

Цель: описать клинический случай подростка с психосоматическим синдромокомплексом нейрогенного мочевого пузыря и последующим разрешением внутренних конфликтов в результате трехлетней психотерапевтической работы.

Материалы и методы. Пациентка Н., 13 лет, обратилась с проблемой нейрогенного мочевого пузыря после безуспешного лечения у уролога и невролога. По заключению данных специалистов, соматически здорова. В психическом статусе отмечалась эмоциональная лабильность, неустойчивость жизненных ориентиров, отказ от опоры на родительские фигуры, характерная подростковая амбивалентность – манипулятивность и протест, негативизм как выражение враждебности и желания быть защищенным, инфантильность, колебания настроения, страх смерти и «символический суицид» в виде дисфункционального маточного кровотечения, холодное безразличие и ярое стремление быть с кем-то.

Результаты и обсуждение. Мы говорили с Н. о том, как это «быть живым или мертвым» – что она чувствовала, находясь в больничной палате, как она представляла себе эмоции родителей в этот момент. Н. не переживала смертей близких людей; в этом смысле, она была счастливым ребенком. И потому девочка испытывала тягу прочувствовать смерть на себе. Она сложно подбирала слова и Н. ждала от психотерапевта слов или молчаливого понимания. Психотерапевт была с ней спокойна и уверена, способна нейтрализовать ее тревогу и не испугаться будущего. В работе с Н. не все было гладко. Она опаздывала на встречи, приходила злой и рассерженной, отказывалась делиться своими переживаниями, манипулировала,

надеясь, в свою очередь, столкнуться с жесткой границей умного и принимающего Другого. Через 3 года психотерапии угловатая девочка стала женственной девушкой, имеющей представление о ценности собственной личности, способной дать отпор и защитить себя не только от внешнего мира, но и от внутренних разрушительных импульсов. Она увидела любовь к ней матери и гордость за нее отца, заинтересовалась увлечениями родителей и уже не высмеивала их. Начался их диалог. Ее отношения с ровесниками стали более очерченными, появился узкий круг друзей, кому она могла доверять.

Выводы. На примере данного клинического случая показаны трудности и особенности разрешения внутренних конфликтов. Клинический результат был достигнут благодаря длительной психотерапевтической работе. К сожалению, большая часть подростков в России, страдающих психосоматическими расстройствами, не имеют возможности получения своевременной квалифицированной психотерапевтической поддержки. Содружественная работа врачей общей практики и психотерапевтов позволит избежать патологического развития, снизить уровень соматизации психологических проблем и способствовать становлению здоровой личности.

ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ СЕКСОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ

Кибрик Н. Д., Ягубов М. И.

*Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН
им. В.П. Сербского» МЗ РФ,
e-mail: doc-kibrik@mail.ru; yaguobov@mail.ru*

На протяжении последних 30 лет прослеживается четкая тенденция в снижении качества оказания сексологической помощи населению страны. Если до этого сексологическая помощь в соответствии с приказом № 370 от 10 мая 1988 г. оказывалась врачами сексологами в специализированных государственных учреждениях при ПНД, консультации «Брак и семья» и центре «Планирования семьи», то в настоящее время на 80% она оказывается в частных коммерческих учреждениях, что значительно снизило качество и доступность оказываемой помощи. Такая ситуация, с одной стороны, было обусловлено низкой заработной платой врачей в бюджетных учреждениях, что привело к значительному оттоку врачей из государственных учреждений в частные, а с другой, – с отсутствием контроля над качеством оказания сексологической помощи. В свое время эту функцию выполнял научно-методический центр при Московском НИИ психиатрии в лице отдела сексопатологии и кафедры психотерапии и сексологии Российской медицинской академии последипломного образования. Но после упразднения этого центра контроль над качеством оказания сексологической помощи стало затруднительным. Помимо этого, значительно снизилось количество подготовленных специалистов-сексологов, т. к. по приказу № 112 от 11.03.2018 г., специальность сексолога могут получить только врачи с базовым образованием по психиатрии. Но в тоже время в последнем Ведомственном приказе МЗ РФ № 566н от 17 мая 2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» отсутствует порядок оказания помощи лицам с сексуальной патологией, что также повлияло на организацию сексологической помощи в регионах.

Особую актуальность сексологическая помощь приобрела в связи с увеличением числа лиц с суицидальным поведением, у кото-

рых, по разным данным, среди суицидоопасных интерперсональных конфликтов семейно-личные и интимные конфликты занимают одно из первых мест (20-25%). Отсутствие специалистов на местах, доступности и своевременности оказания сексологической помощи повышает вероятность суицидального поведения.

Важным аспектом деятельности врачей-сексологов является участие в проведении комплексной сексолого-психиатрической экспертизы правонарушителям и жертвам сексуального насилия, зачастую с выдачей рекомендаций по более детальному обследованию и лечению, в том числе – по осуществлению лечения лиц с парафилией, не подлежащих экскульпации, во время отбывания ими наказания в местах лишения свободы.

Помимо этого в последние годы наблюдается тенденция увеличения числа лиц, желающих сменить пол. Динамическое наблюдение за такими пациентами осуществляется врачами-сексологами. В соответствии с приказом № 850н от 23.10.2017 г. «Порядок выдачи медицинской организации документа об изменении пола», одним из специалистов, обязательно участвующих в комиссии о решении выдачи справки об изменении пола, является также врач-сексолог.

В связи с этим целесообразным является внести ряд изменений в организацию оказания сексологической помощи:

- доработать и утвердить приложение к приказу № 566н от 17 мая 2012 г. в части порядка оказания сексологической помощи;
- обеспечить государственные медицинские учреждения врачами сексологами;
- восстановить статус сексологического научно-методического центра и внести предложения в МЗ РФ о внесении должности главного внештатного специалиста сексолога для упорядочения и контроля в сфере оказания сексологической помощи и подготовки кадров.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ АФФЕКТИВНОЙ СФЕРЫ ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Кирпиченко А. А., Фомин Ф. А.

*Витебский государственный ордена Дружбы Народов медицинский университет, г. Витебск,
e-mail: Kirpi@tut.by*

Желчнокаменная болезнь является актуальной проблемой современной хирургии. В тоже время оперативное вмешательство, как тяжелый стрессовый фактор, и характер ЖКБ, часто долгое носительство и хронический тип течения, оказывают значительное влияние на состояние аффективной сферы пациентов. В исследовании принимали участи 59 пациентов, которые получали лечение согласно протоколам оказания помощи при желчнокаменной болезни, 37 пациентов которые получали дополнительный комплекс медицинской реабилитации и 20 здоровых людей контрольной группы. Ситуационная и личностная тревожность были исследованы при помощи шкалы тревоги Спилбергера-Ханина, депрессия при помощи шкалы депрессии Гамильтона. В ближайший послеоперационный период у пациентов с желчнокаменной болезнью значимый уровень (средней или высокой степени) ситуационной тревожности выявлен в 76,3% случаев, значимый уровень личностной тревожности в 89,8% случаев, депрессии – 27,2% случаев, все показатели аффективных нарушений были достоверно выше, чем у здоровых людей. Через 6 месяцев после проведенного хирургического лечения показатели ситуационной тревожности, несмотря на значительное снижение (45% случаев значимого уровня ситуационной тревожности), остались достоверно более высокими по сравнению с показателями здоровых людей. Частота значимого уровня личностной тревожности составила 85%, оставаясь на достоверно более высоком уровне, чем у здоровых людей. Значение депрессии через полгода после пройденного лечения достигло значений здоровых людей. В другой группе пациентов с желчнокаменной болезнью проводился дополнительный комплекс медицинской реабилитации, включающий как психотерапевтические методики, так и фармакологическую коррекцию аффективных нарушений. Показатели личностной тревожности и депрессии в дан-

ной группе достоверно не отличались от показателей пациентов, которые получали традиционный комплекс лечения и реабилитации. В тоже время ситуационная тревожность на значимом уровне была выявлена в ближайший послеоперационный период только в 27% случаев. Через 6 месяцев после проведенного лечения, у пациентов с желчнокаменной болезнью, которым проводился дополнительный комплекс медицинской реабилитации, показатели аффективных нарушений достоверно не отличались от показателей здоровых людей. Полученные данные нами рассматриваются, как наличие значимых аффективных нарушений при прохождении хирургического лечения желчнокаменной болезни. Однако проведение дополнительного комплекса медицинской реабилитации, позволяет уже в ближайшем послеоперационном периоде снизить уровень ситуационной тревожности, а через 6 месяцев добиться полного восстановления аффективной сферы.

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ «НОВЫХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ»

Клембовская Е. В., Печенкина О. И., Сатьянова Л. С., Мустафина Т. Б.

ФГБУ «НМИЦПН им. В. П. Сербского, г. Москва,

e-mail: klena17@mail.ru

Введение. Злоупотребление синтетическими психоактивными веществами, известными как «дизайнерские наркотики», или «новыми воздействующими на психику веществами» (NPS) в настоящее время приобретает массовый характер, что определяет актуальность изучения этого вопроса. Распространение употребления этих новых наркотиков привело к росту в последние годы интоксикационных психозов. Это связано с более высоким психотическим потенциалом синтетических каннабиноидов («спайсов») и катинонов («солей», МДПВ) по сравнению с природными аналогами. Отмечено, что психозы возникали не только у лиц, имеющих симптомы зависимости, но и у лиц, которые наркотики употребляли эпизодически или однократно.

Материал исследования. С целью совершенствования судебно-психиатрической оценки состояний, вызванных употреблением «новых ПАВ» (синтетических каннабиноидов и синтетических катинонов), были обследованы 35 подэкспертных, совершивших правонарушение после употребления этих наркотических веществ (10 – синтетические катиноны, 15 – синтетические каннабиноиды). 22 подэкспертных совершили правонарушения в состоянии интоксикации (признаны вменяемыми), у 13 развилось психотическое состояние (признаны невменяемыми).

Результаты исследования. Интоксикация синтетическими катинонами характеризовалась эйфорией, подозрительностью, ощущением сверхконцентрации, приливом сил, возбуждением, повышенной коммуникабельностью, эмпагогенным эффектом, дереализационными феноменами. Правонарушения были связаны с бытовой мотивацией. У других подэкспертных непосредственно после их употребления развилось полиморфное острое психотическое состояние, характеризовавшееся выраженным аффектом страха и тревоги, дереализационно-деперсонализационными феноменами, параноидными и иллюзорно-галлюцинаторными рас-

стройствами с элементами синдрома психического автоматизма, психомоторным возбуждением, сопровождавшимся хаотичными агрессивными действиями и бредовой трактовкой окружающего. При употреблении синтетических каннабиноидов отмечался делириозный синдром. Он характеризовался дезориентировкой, психомоторным возбуждением, зрительными и слуховыми галлюцинациями угрожающего содержания, маниакальным состоянием. В таком состоянии подэкспертные совершали тяжкие агрессивные правонарушения.

Заключение. Таким образом, интоксикация и интоксикационные психозы вследствие употреблением новых ПАВ часто связаны с совершением агрессивных криминальных действий. Интоксикации синтетическими катинонами имеют препсихотический характер, для них характерна трансформация в психотическое состояние. Им, в отличие от психозов в связи с употреблением синтетических каннабиноидов, свойственны психотические феномены шизофренического спектра, что требует тщательной дифференциальной диагностики и адекватной судебно-психиатрической оценки.

ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Клименко Т. В., Кузнер А. В., Дмитриев А. С.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, e-mail: klimenko17@mail.ru

Экспертная судебно-психиатрическая оценка уголовно-релевантных фазных состояний (острая интоксикация, синдром отмены) и резидуальных психических и поведенческих расстройств при алкогольной зависимости устанавливается в дихотомическом единстве экспертной оценки «психоз-невроз-деменция», с одной стороны, и оценки степени выраженности (тяжести) актуальных психических и поведенческих расстройств непсихотического уровня, с другой стороны. При этом экспертное решение определяется не только и не столько психопатологической структурой актуальных психических расстройств, сколько их глубиной и степенью тяжести. Традиционно степень тяжести психических и поведенческих расстройств оценивалась с использованием клинического и психопатологического методов, включающих осмотр, опрос и сбор анамнеза. С помощью этих методов эксперт (специалист) проводит качественную оценку исследуемых параметров, поскольку данные методы не позволяют провести количественную оценку изучаемых явлений. Поэтому судебно-психиатрическая оценка обычно проводится на основании профессионального опыта эксперта (специалиста). Последнее время, особенно в ситуации все более широкого распространения в судебной практике принципа состязательности в судебно-психиатрическом исследовании все более актуальным становится определение не только качественных, но и количественных характеристик исследуемого предмета. В связи с чем экспертная оценка должна быть не только описательной и качественной, но и количественной. Это возможно сделать с помощью психометрических методов, которые позволяют проводить исследование количественных сторон, соотношений, характеристик психических процессов. Немаловажно, что важнейшим признаком психометрии является стандартизация технологий измерения параметров динамики индивидуальных различий.

На материале 46 подэкспертных мужского пола, которые страдают алкогольной зависимостью, в том числе ассоциированной с органическим психическим расстройством (основная группа – 20 чел.), были исследованы резидуальные психические и поведенческие расстройства алкогольного генеза. Исследование проводилось клинико-психопатологическим методом, с помощью которого были выделены основные резидуальные психопатологические синдромы. Затем с помощью батареи психометрических методов было проведено их ранжирование по степени выраженности (тяжести), что может быть использовано при вынесении верифицированного экспертного судебно-психиатрического решения. Среди психометрических методов наиболее оптимальными для целей данного исследования оказались: Шкалы Векслера для измерения интеллекта взрослых; Заучивание 10 слов; Клиническая шкала оценки патологического влечения к наркотику; Методика определения акцентуации черт личности Н. Шмишека; Шкала депрессии Бека; Шкала реактивной и личностной тревожности С. Д. Спилбергера-Ю.Л.Ханина; Индекс тяжести зависимости.

НЕКОТОРЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОДРОСТКОВ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ, СОВЕРШИВШИХ ПРОТИВОПРАВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Клинова М. А., Сахаров А. В., Ступина О. П.

*Читинская государственная медицинская академия, г. Чита,
e-mail: sawt@list.ru*

Серьезным негативным явлением в современном российском обществе с его экономической и социальной нестабильностью является высокий уровень подростковой преступности. При этом присутствуют существенные региональные различия между показателями подростковой преступности, что определяет важность изучения психического здоровья несовершеннолетних, совершивших противоправные действия в различных субъектах РФ с выявлением ведущих факторов, негативно влияющих на их общественно-опасное поведение. Забайкальский край занимает одно из лидирующих мест в России по уровню подростковой преступности, поэтому изучение данных вопросов для региона является особенно актуальным.

Цель исследования: изучение социально-психологических особенностей и клинических характеристик подростков Забайкальского края, совершивших общественно-опасные деяния (по материалам амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз).

Материал и методы. Сплошным методом за период 2012-2016 гг. на базе Краевой клинической психиатрической больницы имени В. Х. Кандинского был проведен анализ 869 заключений амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз по уголовным делам несовершеннолетних в возрасте 15-17 лет. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием методов описательной статистики.

Результаты. Установлено, что среди подэкспертных в Забайкальском крае было 97,6% правонарушителей мужского ($n = 848$) и 2,4% ($n = 21$) женского пола. Анализ характера общественно-опасных деяний показал, что основную долю среди правонарушений, совершаемых подростками, составили имущественные преступления – 78,3%; на втором месте стояли преступления против жизни и здоровья – 11,1%; третье место заняли преступления против по-

ловой неприкосновенности и половой свободы человека – 6,4%. По остальным статьям УК РФ судебно-психиатрические экспертизы подросткам были единичными. Преобладал групповой характер преступлений (59,8%), рецидивные преступления были совершены каждым третьим обвиняемым – 32,2%.

Большинство (63,3%) подэкспертных имели психопатологически отягощенную наследственность по алкоголизму родителей, воспитывались чаще в неполных, дисфункциональных семьях с низким материальным уровнем (71,8%), в большинстве случаев в условиях гипоопеки (86,8%) с элементами агрессии. Совершали в прошлом суицидальные попытки 11,4%. Поэтому делинквентное поведение подэкспертных можно рассматривать как спровоцированное неблагоприятными микросоциальными факторами.

В процессе амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы психические расстройства были выявлены в 88,7% случаев, в структуре которых преобладали органическое расстройство личности (35,6%), специфическое расстройство личности (22,4%), расстройство поведения (22,4%) и умственная отсталость (14,8%).

Курили 74,0% несовершеннолетних, знакомы с употреблением алкоголя – 77,2%, пробовали наркотические вещества – 26,6%, употребляли летучие органические соединения – 9,3%.

Анализ результатов экспертных решений показал, что в 90,4% случаев подростки были признаны в отношении инкриминируемых им деяний виновными. Ограниченно виновными были признаны 0,3% подэкспертных, 6,2% были признаны невиновными. На стационарную судебно-психиатрическую экспертизу были направлены 3,1%.

Заключение. При изучении социально-психологических характеристик подростков-правонарушителей в Забайкальском крае установлено, что их делинквентное поведение можно во многом рассматривать как спровоцированное неблагоприятными микросоциальными факторами, сочетающимися с социально-педагогической запущенностью. В процессе амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы психические расстройства были выявлены в 88,7% случаев. Необходимо подчеркнуть высокую распространенность употребления психоактивных веществ подэкспертными. При этом основную долю среди правонарушений, совершаемых

подростками, составили имущественные преступления (78,3%) и преступления против жизни и здоровья (11,1%).

«АКТУАЛЬНЫЙ КРИЗИС» КАК МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ «АЛЬЯНСА НАЦИОНАЛЬНОГО РЕАГИРОВАНИЯ»

Ковингтон Д.

Университет штата Аризона, Финикс, США

Введение. В 2016 году «Альянс национального реагирования» (общественно-государственное объединение в США), созвал собрание кризисных служб, результатом работы которого стали практические рекомендации «Актуальный кризис: Преобразование служб в пределах нашей доступности». В 2017 году был затребован отчет для Конгресса США об успехах в психиатрической помощи с упором на модель «Актуальный кризис». Совместно с Национальной ассоциацией директоров психиатрических программ штатов, RI International создала экономическую модель для «Актуального кризиса», определив результаты, как для потребителей, так и для системных партнеров.

Цель: совместные инновации, включающие последствия кризиса и экономию расходов.

Методы: RI International объединилась с Аризонской системой экономии расходов в здравоохранении, которая обеспечила данные о расходах, с планом медицинской страховой компании «Этна» об ожидаемых нарушениях закона и с телефоном доверия Джорджии, предоставив данные аналитикам Locus. Были разработаны три модели: 1) традиционный подход – с упором на психиатрический стационар; 2) подход кризисного континуума, который включает кризисный колл-центр, местный мобильный и больничные кризисные центры как альтернативы, и 3) модель «Актуальный кризис», которая объединяет подход кризисного континуума с лучшими практическими рекомендациями «Альянса национального реагирования».

Результаты: Модель «Актуальный кризис» по сравнению с традиционной моделью психиатрической помощи в сообществе размером с округ Марикопы (Финикс, Аризона, 4,2 миллиона человек), прогнозирует следующие результаты эффективности:

- В 37 раз меньше полицейских вовлечено в перевозку и охрану пациентов.

- На 37 миллионов долларов меньше затраты больниц.
- На 45 лет меньше совокупного психиатрического содержания.
- До 260 миллионов долларов меньше затрат на охрану психического здоровья.

Заключение: модель «Актуальный кризис» предлагает более гуманный и более быстрый доступ к медицинским службам с улучшенным уровнем обслуживания, а также имеет значительную эффективность в сокращении трат и распределении ресурсов системными партнерами: здравоохранением, больницами и полицией.

СОВРЕМЕННЫЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПСИХОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ

Козлов А. А., Шахова С. М., Клименко Т. В.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва,
e-mail: klimenko17@mail.ru*

Цель исследования: разработка комплексной программы терапии лиц с психотическими расстройствами вследствие употребления синтетических каннабиноидов (СК).

Материал и методы исследования. Обследовали 43 больных с острым психозом вследствие употребления СК, из них у 15 (35,3%) было злоупотребление СК, у 28 (64,7%) – синдром зависимости от СК. В исследованных образцах мочи всех пациентов выявлены СК: JWH, AV-PINACA, TMCP. Психотические состояния развились в состоянии интоксикации СК (65,1%), либо на фоне абстинентных расстройств (27,9%), либо наблюдался отсроченный дебют вплоть до 20 дней после последнего употребления СК (7,0%). По психопатологической структуре выделены три клинических варианта психоза: делириозный (41,9%); делириозно-онейроидный (44,2%); аментивноподобный (13,9%). В зависимости от особенностей лечения все больные были разделены на две группы. 1-я группа получала базовую терапию согласно традиционным терапевтическим схемам интенсивной терапии больных с острым интоксикационным психозом. 2-я группа наряду с базовой дезинтоксикационной терапией получала нейролептики: бутирофеноны (галоперидол или тиапридал).

Результаты исследования. Вне зависимости от фазы синдрома зависимости от СК тактика терапии определялась психопатологической структурой психоза и особенностями соматоневрологических расстройств. Это связано с тем, что углубление структуры психоза за счет развития онейроидных и аментивноподобных расстройств требовало включения в комплексную дезинтоксикационно-общеукрепляющую терапию нейролептических средств. Поскольку использование в терапии психозов галоперидола замедляло терапев-

тическую динамику соматоневрологических расстройств, при их клинической выраженности нейролептическим средством выбора являлся тиапридал. При лечении психоза делириозной структуры оптимальной являлась традиционная для интоксикационных психозов дезинтоксикационно-укрепляющая терапия, использование которой позволяло купировать психоз в течение 1 суток. Применение нейролептиков в данной терапевтической ситуации нежелательно, поскольку существенно затягивало купирование ассоциированных с психозом соматоневрологических расстройств.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ И СОПРОВОЖДЕНИЕ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ В ШКОЛАХ

Козырева С. Ф.¹, Ошевский Д. С.², Сыроковашина К. В.²

¹ Муниципальное бюджетное учреждение «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи» г. Пермь,

² Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

В настоящее время чрезвычайные ситуации (ЧС) в школах перестали быть редкостью. По данным информационного агентства России (ТАСС) в период с февраля 2017 по февраль 2018 г. в учреждениях среднего образования России произошло 15 инцидентов. Каждое подобное происшествие сопровождается широким общественным резонансом и несет серьезные негативные последствия для пострадавших. Они могут наблюдаться не только непосредственно после ЧС, но иметь пролонгированный характер, обостряться в отдаленных периодах, приводить к социальной дезадаптации и трансформироваться в психические расстройства.

Принципы комплексной медико-психологической коррекции несовершеннолетних при ЧС достаточно широко представлены в литературе и верифицированы практической работой психологов и психиатров на протяжении последних 20 лет (Кекелидзе З. И., Портнова А. А.). Деятельность специалистов должна включать в себя организационные и лечебно-профилактические мероприятия.

Организационные аспекты предполагают широкий спектр действий: подготовку профильных специалистов, создание информационной базы пострадавших, открытие психолого-психиатрических кабинетов, телефона «горячей линии» и т. п. При ЧС в школе работа должна быть обязательно организована и в этом образовательном учреждении, т. е. быть максимально приближена к пострадавшим. Непосредственно после происшествия в состав специалистов целесообразно включать психиатра (психотерапевта). Это необходимо не только для оказания экстренной помощи, в клинически очерченных случаях, но и для маршрутизации пострадавших в профильные

учреждения. Следует подчеркнуть, что в соответствии с законодательством РФ помощь несовершеннолетним, не достигшим 15 лет, осуществляется с письменного согласия родителей или законных представителей. При возникновении ЧС дефицит объективной информации как правило начинает заполняться различными недостоверными сведениями. С учетом широкого развития интернета и социальных сетей это может происходить очень быстро и приводить к индуцированию широких слоев населения. Поэтому одной из задач является профессиональное предоставления актуальной объективной информации. Кроме того, целесообразно участие специалистов в родительских собраниях и консультации педагогического коллектива.

Лечебно-коррекционно-профилактические мероприятия должны проводиться с учетом меняющейся в динамике клинической и психологической картины переживания психической травмы. Следует придерживаться принципов комплексности и преемственности в ведении случаев на разных этапах работы. При ЧС в школах помощь должна оказываться не только детям. Оптимальной моделью представляется работа по направлениям «ребенок, семья, среда». Помощь детям должна быть направлена на преодоление стрессогенного воздействия, профилактику психических расстройств и школьной дезадаптации. Комплексная поддержка должна включать в себя индивидуальную работу с психотравматичными переживаниями родителей, формирование их родительской компетенции и как итог, реинтеграцию семейных связей и функций. Наконец, необходимо помнить об уязвимости педагогического коллектива и самих специалистов, для которых должна быть предусмотрена работа по профилактике профессионального выгорания.

ПРОБЛЕМА ИЗУЧЕНИЯ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ, С СОПУТСТВУЮЩИМИ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Колпаков Я. В.¹, Бузина Т. С.^{1,2}, Зелтынь Т. В.¹

¹ Национальный центр наркологии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава России,

² ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва, e-mail: tbuzina@gmail.com

Внутренняя картина болезни (ВКБ) является важнейшим звеном в клинико-психологическом понимании субъективной реальности пациента, его поведения, способов совладания и преодоления болезни, коррекции этого поведения, поддержки позитивных изменений, реабилитации и ресоциализации пациента.

Проблема изучения ВКБ у лиц, зависимых от психоактивных веществ (ПАВ), пока остаётся недостаточно разработанной в современной клинической психологии. Особенно важна эта проблема в контексте формирования устойчивого комплайенса, повышения приверженности лечению и мотивации к активному участию в лечебно-реабилитационном процессе.

На фоне сложно наркологической ситуации в стране, эпидемии ВИЧ и вирусных гепатитов, а также туберкулеза, их патоморфоза появления новых типов возбудителей данных заболеваний, формирования их устойчивости к антиретровирусным препаратам, антибиотикам, появления новых лекарственных средств проблема приверженности в лечении пациентов с сочетанной патологией – зависимости от ПАВ и инфекций (ВИЧ, гепатитов, туберкулёза) – особенно остро встаёт перед специалистами, работающими в наркологической службе.

Основными дискуссионными проблемами в данной области являются следующие.

1. Проблема причинно-следственных связей между зависимостью от ПАВ и инфекционной патологией в контексте приверженности/неприверженности лечению. Как правило, предполагается, что злоупотребление ПАВ (особенно инъекционными наркотиками)

первично по отношению к инфицированию гепатитами, ВИЧ и др. Однако, эта связь не однозначна. Возможно, что сообщение диагноза ВИЧ приводит к развитию самостигматизации, депрессивным реакциям, утере смысла в преодолении болезни и формированию зависимого от ПАВ поведения.

2. Проблема соотношения феноменов внутренней картины болезни, внутренней картины лечения и внутренней картины здоровья. Если у людей с врождёнными заболеваниями внутренняя картина здоровья может отсутствовать или быть скорее «мифологической», а внутренняя картина болезни и внутренняя картина лечения во многом слиты, то встает вопрос – как эти феномены соотносятся у пациентов, зависимых от ПАВ с сочетанной инфекционной патологией?
3. Проблема специфичности ВКБ. Если у пациента, зависимого от ПАВ имеется инфекционная патология, например ВИЧ, то в его субъективной реальности присутствуют две разные внутренние картины болезни – зависимости и ВИЧ, или одна?

Данные проблемы носят методологический характер для решения практических задач клинической психологии зависимости, наркологии и психотерапии. Они представляются крайне интересными для дальнейших исследований в данной области.

МЕХАНИЗМЫ КРИМИНАЛЬНОЙ АГРЕССИИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

Корнилова С. В.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Росздрава, г. Москва,
e-mail: sveta-korn@mail.ru

Было обследовано 118 мужчин в возрасте от 18 до 50 лет, находившихся на стационарном обследовании в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Росздрава, которым был установлен диагноз эпилепсии.

Оценивая криминальную активность обследуемых лиц, следует отметить преобладание правонарушений против личности при значительной представленности убийств (49,15%), угрозы убийством (20,3%) и телесных повреждений (21,2%). В качестве объекта криминальной активности в основном выступали лица ближайшего окружения, поведение которых было *провоцирующим* (50%), когда они не принимали во внимание болезнь подэкспертного. При *нейтральном* поведении (40%) были ровные, спокойные отношения потерпевшего по отношению к обследуемому. *Агрессивное* поведение (10%) заключалось в оскорблениях, а иногда в нанесении телесных повреждений. В 60% обследуемые реализовали агрессивные действия *непосредственно* вслед за оскорблением, неповиновением жертвы. При *отсроченной* агрессии (41,4%) обида копилась и при удобном случае «выплескивалась» на потерпевшего. *Смещенная* агрессия, занимающая небольшой процент, вымещалась на случайных людях или родственниках, находящихся рядом с «обидчиком».

Анализируя ведущий психопатологический синдром на момент ООД, следует отметить преобладание среди непсихотических – психопатоподобного синдрома (78,6%), когда обидчивость, злобность, мстительность, злопамятность, брутальность сочетаясь с недостаточной дифференцированностью эмоциональной сферы, приводили к вспышкам агрессии, импульсивности поступков, которые были несоразмерны вызвавшему их поводу. Среди синдромов помрачения сознания отмечались пароксизмальные состояния в виде сумеречного (11,8%), психотического дисфорического состояния (5,08%), делириозного с частичной амнезией перенесенного состо-

яния и длительно сохраняющейся резидуальной симптоматикой (1,7%), онейроидного помрачения сознания (0,84%). При эпилептическом слабоумии (14,4%) у больных при отсутствии способности оценивать социально-значимые особенности конкретной ситуации происходила реализация устойчивых стереотипов поведения без учета качественно различных ситуаций.

Оценивая психопатологические механизмы ООД, среди ситуационно-спровоцированных механизмов ведущими психопатологическими синдромами являются аффектогенная бесконтрольность (42,4%), выражающаяся в сочетании психопатоподобного и дисфорического синдромов, и интеллектуальная несостоятельность (9,3%). Особый интерес представляет синдром дезорганизации поведения при помрачении сознания в рамках продуктивно-психотических механизмов ООД (20,3%). В тех случаях, когда имелась прямая связь между пароксизмальным состоянием и агрессивным поведением, агрессия оставалась стабильной характеристикой пароксизма, будь то сумеречное помрачение сознания или дисфорическое состояние.

Таким образом, структура и характер криминальных действий у больных эпилепсией определяются ведущим психопатологическим синдромом. Полученные данные говорят о преобладании у больных эпилепсией негативно-личностных механизмов по типу аффектогенной бесконтрольности и интеллектуальной несостоятельности и продуктивно-психотических с бредовой мотивацией и дезорганизацией поведения в результате помрачения сознания. Результаты исследования свидетельствуют о высоком риске повторных криминальных действий.

ПРОБЛЕМЫ ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Кремнева Л. Ф., Козловская Г. В.

ФГБНУ НЦПЗ, г. Москва,

e-mail: Kremneva-lidiya@mail.ru

Профилактическая направленность является одной из важных особенностей перинатальной психотерапии и психотерапии раннего детского возраста. Неблагоприятная ситуация, влияющая впоследствии на здоровье и личность ребенка, начинает складываться уже на стадии вынашивания плода. Так, патология беременности влечет за собой усиление тревоги и страха, связанных с предстоящими родами, осложняет течение родов, послеродового периода и способствует развитию перинатальной патологии. Некоторыми исследователями даже предлагается кесарево сечение в случае выраженного страха родов. Это показывает важность создания психологически комфортной атмосферы для беременных женщин и рожениц как в условиях стационара, женской консультации, так и в домашних условиях, в том числе с применением дополнительных методов, направленных на коррекцию аффективной сферы. Наиболее адекватным в данной ситуации представляется метод музыкотерапии, оказывающий значительное гармонизирующее влияние на эмоциональную сферу человека, а также осуществляющий психосоматическую регуляцию различных органов и систем. Отмечено положительное влияние музыкотерапии на психосоматическую адаптацию беременных, особенно при наличии субклинически и клинически выраженных тревоги и депрессии. Хорошие результаты были достигнуты также при работе в условиях стационара с беременными женщинами с угрозой прерывания в рамках гештальттерапии. Было доказано достоверное снижение количества осложнений беременности и родов у женщин, прошедших психотерапевтический тренинг на основе позитивной психотерапии. Поведение матери является основой гармоничного эмоционального развития ребенка и его коммуникативных способностей. При выявлении в семьях расстройств привязанности хороший эффект показала семейная психотерапия, а также индивидуальная психотерапия для решения личностных проблем матерей, проекти-

рованных на ребенка. Несмотря на эффективность перечисленных методов, эта работа проводится не повсеместно и не на постоянной основе.

Следует отметить, что в настоящее время женщина на пороге материнства оказывается неосведомленной об особенностях развития ребенка и своих функциях в уходе за ним и общении. В силу этого подготовка к материнству теперь не должна ограничиваться ведением беременности и сведениями об уходе за ребенком и кормлении. В нее должны входить развитие эмоциональной сферы, интуиции, освоение способов общения с ребенком до рождения и т.п. Необходима комплексная психологическая помощь по проблемам материнства. Однако в настоящее время речь может идти только о перспективах организации подобной психологической службы. Учитывая это, вариантом может быть консультационная работа психолога (обладающего знаниями в области перинатальной психологии) при женских консультациях. В этих случаях необходима связь психолога с родильными домами и детскими поликлиниками. Он должен сопровождать роженицу и родильницу в родильном доме, а также иметь возможность консультировать мать с младенцем на дому. В коррекцию материнской сферы входят: оптимизация баланса ценностей ребенка и внедряющихся ценностей (то есть повышение ценности ребенка, начиная с этапа беременности), тренинг взаимодействия с внутриутробным ребенком, изменение эмоциональной окраски имеющихся субъективных переживаний. Особое внимание следует уделить налаживанию взаимодействия матери с ребенком в пренатальном и раннем постнатальном периоде. При возникновении послеродовой депрессии необходима психологическая работа с семьей. В каждом конкретном случае необходимо учитывать конкретные особенности ситуации.

ВТОРИЧНАЯ И ТРЕТИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА У ПАЦИЕНТОВ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПРИРОДЫ

Крюков В. В., Самедова Э. Ф., Емельянова И. Н.

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии,
филиал ФБГУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава РФ, г. Москва
e-mail: vkrjukov@yandex.ru*

Одной из центральных задач служб психиатрической помощи является сохранение социальной активности, трудоспособности и снижения уровня инвалидизации пациентов, страдающих психическими расстройствами [Закон РФ от 02.07.1992 N 3185-1 (ред. от 03.07.2016) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2017)]. С этой целью наблюдалась группа лиц, ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС 1986-87 гг., страдающих сложными органическими заболеваниями головного мозга с преобладанием в клинической картине когнитивных нарушений в рамках психоорганического синдрома. Когортное исследование охватывает период с начала 1990 годов по настоящее время. Были проанализированы клинические случаи 95 пациентов, состояние которых оценивалось по клиническим, патопсихологическим, нейропсихологическим и психометрическим методикам от момента диагностирования когнитивно-дефицитарного варианта психоорганического синдрома (ПОС) сложной этиологии. В большем количестве случаев данное наблюдение проводилось более 20 лет. На основании полученных данных можно сделать вывод о том, что сформированное болезненное состояние, даже проявляющееся в рамках наиболее тяжелого когнитивно-дефицитарного варианта ПОС, доступно стабилизации, а в ряде случаев даже обратному развитию, в первую очередь за счет механизмов нейропластичности и формирования разнообразных компенсаторных, в том числе мнемонических, приемов. Данное непрогредиентное течение заболевания опирается на широкий спектр способов вторичной и третичной профилактики, из которых как основные можно отметить регулярные ежегодные профилактически курсы нейропротективных препаратов,

вводимых парентерально. При этом основное значение имеют не совокупные дозы препаратов, а частота повторения в течение года данных курсов, своевременное купирование соматических нарушений, особенно связанных с формированием гипертонической болезни и сахарного диабета, применение нелекарственных методов коррекции, опирающихся на когнитивные тренинги, предметную психотерапию вовлеченности (артериальная, групповая психотерапия, психообразование). Из форм третичной профилактики следует назвать регулярные курсы поддерживающей терапии нейропротективных и сосудистых средств и их комбинации, применение вегетостабилизирующих, вазотропных препаратов, витаминных комплексов, а также выработку ответственного отношения пациента к профилактическим мероприятиям, формирование мотивации на здоровый образ жизни с исключением аддиктивных факторов.

При активном использовании данных приемов вторичной и третичной профилактики удастся добиться устойчивых результатов в проводимой терапии.

АНАЛИЗ ПРОВЕДЕННЫХ ПОСМЕРТНЫХ АМБУЛАТОРНЫХ КОМПЛЕКСНЫХ СУДЕБНО- ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ В ГБУЗ ТО «ОКПБ»

Кузнецов П. В., Зотов П. Б., Спадерова Н. Н., Лебедев А. В.

*ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Тюмень,
e-mail: k-p-v79@rambler.ru*

Завершенный суицид подразумевает аутоагрессивное (направленное на себя) действие со смертельным исходом при различных суицидальных намерениях. Это обусловлено тем, что завершённый суицид может произойти не только при истинных и демонстративных намерениях покончить с собой, но и при доведении до самоубийства другим лицом. В последнем случае при сомнении в том, что человек покончил жизнь самоубийством без помощи постороннего, следственными органами (СУ СК) возбуждается уголовное дело по ст. 110 УК РФ (доведение до самоубийства). В ходе следствия возникает необходимость в проведении посмертной судебной комплексной психолого-психиатрической экспертизы.

Цель – анализ случаев проведенных посмертных амбулаторных комплексных судебно-психиатрических экспертиз в ГБУЗ ТО «ОКПБ».

Материалы и методы. Проанализирована 121 посмертная судебная комплексная психолого-психиатрическая экспертиза, проведенная за период с 2013 по 2017 годы. У всех испытуемых проводился анализ предоставленной медицинской документации (истории развития ребенка и медицинской карты из поликлиники, заключений экспертов из судебно-медицинской экспертизы, медицинских справок от врача-психиатра и врача-нарколога и т. д.), показаний родственников (о характерологических особенностях суицидента, его увлечениях, жизненных предпочтениях), близких людей, свидетелей и предоставление ответов на поставленные вопросы.

Результаты. Из общего количества проведенных посмертных экспертиз мужчин было большинство – 93 испытуемых (76,8%), женщин – 28 (23,2%). Из них 45 – несовершеннолетних (37,2%). У 71 испытуемого была выявлена психическая патология (58,6%), из них у 32 – диагностировалась «органическая патология» (45,0%), у 14 –

«личностная аномалия» (19,7%), 11 испытуемых были с «умственной отсталостью» (15,5%), с «зависимостью от психоактивных веществ» – 9 испытуемых (12,7%) и 5 – были представлены различной психотической симптоматикой (7,0%).

Полученные данные подтвердили тот факт, что у лиц, совершивших законченный суицид, психические нарушения встречались чаще, чем у здоровых испытуемых. В то же время из всех проанализированных экспертиз при ответе на поставленные следователем вопросы не было вынесено ни одного заключения о доведении до самоубийства посторонним лицом, поскольку в большинстве случаев суициды были обусловлены наличием конфликта (стресс-реакции) и крайне редко какой-либо психотической симптоматикой.

Заключение. Таким образом, данные свидетельствуют о большой доле несовершеннолетних (37,2%) среди проведенных смертных судебных психолого-психиатрических экспертиз. У 58,6% лиц, подвергнутых экспертизе, выявляются психические нарушения, что указывает на необходимость выработки дополнительных профилактических мероприятий по раннему выявлению и коррекционной работе среди категории лиц с суицидальной активностью.

АНТИСУИЦИДАЛЬНЫЕ САЙТЫ: СЕГОДНЯ И ЗАВТРА

Куликов А. Н., Любов Е. Б.

Московский НИИ психиатрии – филиал НМИЦ ПН им В. П. Сербского МЗ РФ,
г. Москва

Актуальность: антисуицидальные сайты (АС) становятся интегральной частью типовых профилактических программ и служат действенным противовесом «вредоносным» (суицидогенным) сайтам.

Цель исследования: определить содержание, потенциал и резервы развития АС.

Материалы и методы: анализ содержания основных отечественных антисуицидальных сайтов при поиске по ключевым словам «суицид, лечение, профилактика» в Яндекс и Google.

Результаты и обсуждение: поиск АС легок, в том числе, по ключевому слову «суицид». Отобраны 7 крупнейших АС (не менее 5000 просмотров в день): www.palata6.net, www.pobedish.ru, www.nosuicid.ru, www.samoubiistvo.ru, и www.suicide-forum.com, www.lossofsoul.com, www.schizonet.ru. Ясная и непротиворечивая информация развенчивает романтику свободы выбора и миф о безболезненности (натуралистические примеры) суицида и суицидального поведения (СП). Указаны не только факторы риска (с акцентом на душевный недуг и ранние проявления СП), но и антисуицидальные (защитные) факторы, усиленные обращением за профессиональной помощью. На пяти форумах ведется профессиональное онлайн консультирование (психологи, психотерапевты, психиатры). На одну беседу приходится сотня просмотров «молчаливого большинства». На одном из сайтов более 85 000 просмотров рубрики «таблетки, депрессия». На другом – раздел с контактом кабинета психиатра привлек почти 70 000 пользователей. К общим недостаткам (они же – резервы развития) сайтов следует отнести: недифференцированность (не выделены группы-мишени пользователей), малое участие обученных добровольцев с успешным опытом совладания с суицидальным кризисом, недостаточное внимание к бремени семьи суицидента и ко внутренней картине суицидального кризиса (самоописания и их качественный анализ).

РОЛЬ ПСИХООБРАЗОВАНИЯ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО-ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Кулыгина М. А., Макушкина О. А., Панченко Е. А.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, e-mail: makushkina@serbsky.ru

Современные исследования указывают на ключевую роль процесса обучения в системе реабилитации у пациентов, страдающих тяжелыми психическими расстройствами. При этом, несмотря на очевидные успехи психообразовательных программ в области психиатрии, опыта в осуществлении подобной работы с пациентами, совершившими общественно опасные действия, недостаточно. Вследствие этого нами была разработана психообразовательная Программа для работы с пациентами, совершившими общественно опасные действия, их семьями, а также медицинским персоналом, осуществляющим лечение и уход. В основу психообразовательного метода были положены базисные категории педагогики: «обучение», «образование», «воспитание». В качестве структурных целей Программы были выделены: информационная, личностная, социальная, лечебная.

Субъектом психообразования были пациенты, совершившие общественно опасные действия и находящиеся на лечении в специализированных учреждениях. Формировались целевые группы, на которые была направлена психообразовательная работа. Это психически больные, члены их семей, работники психиатрических и социальных служб. Каждой из указанных групп были присущи свои особенности, что отражалась в специфике планируемых задач. В соответствии с этим Программа включала три основных блока.

Первый касался непосредственной работы с пациентами, совершившими общественно опасные действия. Учитывалась личностно-психологическая специфика пациентов, совершивших общественно опасные действия. Так, были сформулированы следующие модули: основные проявления психических расстройств, личность и болезнь, приверженность лечению, способы совладания со стрес-

сом, социальное функционирование. Особое значение имеет дифференцированный подход к подбору тематики занятий с учетом тяжести состояния и клинико-психопатологических различий групп больных: 1) с преимущественно эндогенными нарушениями и психотическими обострениями при совершении преступления и 2) с преобладанием агрессивных тенденций и личностной патологии.

Следующий раздел Программы был адресован родственникам пациентов, совершивших общественно опасные действия. Способность семьи оказывать как позитивное, так и негативное влияние на течение и исход психических заболеваний общеизвестна. Психообразовательная работа была направлена на выработку у родных и близких адекватного отношения к пациенту и к совершенному деликту; привитие им знаний и навыков своевременного распознавания начальных признаков рецидива психического расстройства, а также на освоение стратегий собственного поведения, способных своевременно нейтрализовать ухудшение психического состояния пациента. В рамках Программы были выделены следующие модули: семья и психическое расстройство, причины, течение, прогноз и лечение психических расстройств, психологический микроклимат в семье, психосоциальная реабилитация в психиатрических учреждениях и семье.

Следующим фокусом приложения психообразовательной работы было повышение квалификации специалистов, осуществляющих лечение и уход за пациентами, совершившими общественно опасные действия. Внимание было уделено особенностям течения психических расстройств, своевременному распознаванию риска рецидивов, наиболее приемлемым способам взаимодействия с пациентом, проблемам профессионального выгорания.

Таким образом, предложенный алгоритм психообразовательной работы учитывает внедряемые в работу психиатрических учреждений новые принципы взаимодействия медицинских работников (полипрофессиональные бригады, психосоциальные вмешательства, элементы социальной работы и др.), а это, в свою очередь, обеспечивает высокую эффективность психореабилитации.

ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ СУИЦИДОВ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ В РАЗНЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ ПЕРИОДЫ

Лазебник А. И.

БУЗ и СПЭ УР РКПБ МЗ УР, Ижевск

В середине «нулевых» годов, в отличие от последних лет переходного периода, удалось переломить негативные тенденции в экономике. Макроэкономическое улучшение и социальные перемены привели к повышению качества жизни населения, что не могло позитивно не сказаться, как на суицидальной ситуации в стране в целом, так и на суицидальной ситуации в ее отдельных регионах.

Цель исследования: сравнительное изучение уровней суицидов (УС) в Удмуртской Республике (УР) в разные периоды развития российского общества.

Материал и методы. Эпидемиологический анализ (на основе официальной статистики) показателей частоты завершенных суицидов в УР за 8 лет (2000-2007 гг.). Данный отрезок времени условно разделен на два различающихся в социально-экономическом плане периода.

Результаты. В первый период – социально-экономической стабилизации (2000-2003 гг.) имел место подъем УС, вызванный длительными стрессами переходного периода и переутомлением населения в процессе адаптации к новым рыночным условиям. Средний УС в 2000-2003 гг. составил 70,1 на 100 000 населения. Во второй период – социально-экономического роста (2004-2007 гг.) УС пошел на убыль за счет ослабления стрессов вследствие восстановительного роста промпроизводства, укрепления рынка труда, снижения безработицы, прекращения падения доходов. В эти годы УС несколько снизился до 61,4, вернувшись к УС 1988 г. – самому низкому значению за все постперестроечные годы. В России также наметилась обнадеживающая тенденция к снижению УС. С 2004 по 2007 гг. он упал с 34,3 до 29,1.

Выводы. В основе изменений УС в разные социальные периоды лежит механизм стресса. В период социально-экономического роста в УР зафиксирован наиболее низкий УС. Это свидетельствует, по всей вероятности, о завершении процессов адаптации значи-

тельной части населения к условиям рыночной экономики. Однако на этот счет не стоит обольщаться, поскольку такой УС в 2 раза выше общероссийского и в 3 раза выше принятого ВОЗ критического уровня. Необходимо планирование республиканской программы по снижению УС, которая могла бы внести свой вклад в подготовку общенациональной программы предупреждения самоубийств.

ПРИЕМЫ ИНДУКЦИИ РУМИНАТИВНОГО И ДЕЦЕНТРИРОВАННОГО ФОКУСОВ ВНИМАНИЯ В ПСИХООБРАЗОВАНИИ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКЕ

Лопатина М. Ю., Пуговкина О. Д.

*ФГБУ «НМИЦ ПН» Минздрава России,
ФГБОУ ВО МГППУ, г. Москва,
e-mail: olgapugovkina@yandex.ru*

В течение последних лет в зарубежной литературе широко обсуждается роль глобализации в оценке текущих и прошлых событий как черта когнитивной уязвимости, затрудняющая переработку негативных эмоций и снижающая продуктивность в решении повседневных проблем. Данные исследований позволяют отнести глобализацию к разряду трансдиагностических метакогнитивных факторов риска расстройств, связанных с эмоциональной дисрегуляцией – депрессивных расстройств, посттравматического стрессового расстройства, эмоционально-неустойчивого (пограничного) личностного расстройства фактора риска возникновения и хронификации депрессивных расстройств.

В последние годы разрабатываются специализированные тренинги, например, повышения специфичности автобиографической памяти, адресованные пациентам. При этом в интервенционных исследованиях связи выраженности негативного настроения и глобализированного стиля мышления используются достаточно компактные приемы индукции разных типов мышления – руминативного и противоположного ему децентрированного, конкретно-ситуационного.

В нашем пилотажном интервенционном исследовании приняли участие 17 здоровых испытуемых в возрасте от 25 до 37 лет (женщины). Первый этап – констатирующий. Испытуемым предлагалось отметить их текущее состояние по самоотчетной шкале САН (Самочувствие. Активность. Настроение), а также выполнить цикл заданий, тестирующих стиль извлечения автобиографических воспоминаний. Второй этап – индукция руминативного сосредоточенного на себе стиля мышления. Испытуемые по инструкциям экспериментатора в течение нескольких минут сосредотачивались на размышлениях о себе, причем инструкции были составлены так,

чтобы актуализировать руминативный стиль размышлений. Третий этап – индукция конкретного, децентрированного стиля мышления, инструкции экспериментатора акцентировали внимание испытуемых на своем дыхании и на конкретных визуальных и чувственных образах. После каждой интервенции испытуемые отмечали свое состояние по шкале САН и выполняли цикл заданий, тестирующих изменения стиля извлечения автобиографических воспоминаний.

Самоотчет испытуемых и данные количественной оценки свидетельствуют о преимущественно положительных сдвигах настроения после индукции децентрированного фокуса внимания (подшкала «настроение» опросника САН, $p = 0.052$, критерий Вилкоксона) и разнонаправленных сдвигах – после индукции руминативного фокуса. Динамика выраженности склонности к глобализации носит менее отчетливый характер.

Таким образом, приемы индукции требуют дальнейшей разработки, однако уже эти предварительные данные свидетельствуют о возможности использования кратких приемов индукции разных фокусов внимания в психообразовании и психопрофилактике эмоциональных расстройств.

ЛИЧНОСТНАЯ НЕЗРЕЛОСТЬ КАК ФАКТОР РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Лукьянцева И. С.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» Минобрнауки России, г. Белгород, e-mail: lukyantseva@bsu.edu.ru

Введение. Зрелость личности – это высокий уровень развития человека как личности, характеризующийся психическим здоровьем и обеспечивающий ее полноценное и разностороннее функционирование в обществе. Личностная незрелость влечет за собой неспособность быть независимым от микросоциального окружения, препятствует самоконтролю и эффективному решению жизненных задач, что может способствовать развитию аддиктивного поведения.

Цель. Верифицировать распространенность и факторы риска развития аддиктивного поведения среди студентов-медиков для разработки рекомендаций по первичной профилактике.

Материалы и методы. Методом сплошной выборки обследовано 455 студентов-медиков старших курсов: 333 (73%) женского и 122 (27%) – мужского пола, в возрасте 20-26 ($22,0 \pm 1,1$) лет. Основными методами исследования были: клиничко-психопатологический, психометрический – госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), авторские «Методика скрининг-диагностики аддиктивного и зависимого поведения» и «Методика диагностики личностной зрелости», статистический (непараметрическая статистика, критерий χ^2 с поправкой Йетса, отношение шансов OR).

Сравнительный анализ проводился в 2 группах: 1 группа – лица с аддиктивным поведением: 169 (37,1%) человек, 2 – группа сравнения (без аддикций) – 286 (62,9%) человек.

Результаты. Установлено, что среди всех обследованных студентов аддиктивное поведение выявлено у 50% лиц мужского и 32,4% – женского пола ($p < 0,002$); $OR = 2,1$; $95\% CI = 1,3-3,3$. Отношение шансов свидетельствует, что мужской пол более чем в 2 раза чаще, чем женский является фактором риска развития аддиктивного поведения. Также установлено, что различные виды аддик-

тивного поведения сочетались между собой в 37,5% случаев: 36,2% среди юношей и 38% – девушек.

Изучение уровня личностной зрелости обследуемых показало, что студенты первой группы характеризовались более низким уровнем ответственности ($p < 0,002$), терпимости ($p < 0,00001$), саморазвития ($p < 0,02$), менее позитивным мышлением ($p < 0,00006$), более частыми явлениями психопатизации и невротизации ($p < 0,000000$) и более низким уровнем личностной зрелости в целом ($p < 0,000003$).

Факторный анализ показал, что личностная незрелость является фактором риска развития аддиктивного поведения и обуславливает 71,6% дисперсии.

Шкала HADS показала, что клинически выраженный уровень тревоги и депрессии встречался чаще в первой группе ($p < 0,0005$), чем во второй: 26,6% и 6,6%, 21,3% и 4,5% соответственно.

Клинико-психопатологическое исследование выявило в первой группе высокую распространенность невротических расстройств – 115 (68%) и расстройств личности – 24 (14,2%) случаев, что дополнительно мешало социальной адаптации.

Выводы. Установлено, что факторами риска аддиктивного поведения студентов медиков были: мужской пол, личностная незрелость (низкий уровень ответственности, терпимости, преобладание негативного мышления), высокий уровень тревоги, депрессии и невротических расстройств. Первичная психопрофилактика аддиктивного поведения должна включать в себя проведение тренингов личностного роста, формирование позитивного мышления, а также предупреждение и раннее выявление пограничных психических расстройств.

ИНТЕРНЕТ КАК ИНТЕГРАЛЬНАЯ ЧАСТЬ АНТИКРИЗИСНОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ МОЛОДЕЖИ

Любов Е. Б.

Московский НИИ психиатрии - филиал НМИЦ ПН им В.П. Сербского МЗ РФ, г. Москва

Интернет занимает ведущие позиции в концепции «мобильного здоровья» – реализации организационных, клинико-эпидемиологических, профилактических, образовательных аспектов здравоохранения посредством мобильных устройств связи, сетевых информационных ресурсов, прикладного программного обеспечения мобильных и персональных устройств. Профилактические мероприятия электронного здравоохранения (E-health) в суицидологии развиваются по следующим направлениям:

- 1) самоконтроль риска суицидального поведения (СП) и/или психического нездоровья (депрессии). Выявленных скринингом лиц направляют в онлайн-программы или традиционные психиатрические службы;
- 2) оценка риска СП по содержанию твитов, комментариев и постов в режиме реального времени другими пользователями или при компьютерной обработке (лингвистическая экспертиза);
- 3) приложения психологических антикризисных вмешательств помогают прицельно (через электронную почту, телефон), или недифференцированно (в автоматизированных программах).

Неразумно недооценивать и переоценивать риск интернета для уязвимых к СП лиц (одиноких, депрессивных и/или склонных избегать типовую профессиональную помощь), но изначальная «вредность» Сети сомнительна – инструмент не бывает дурным или хорошим в отличие от поступков. Интернет – составляющая социальной среды, но не главенствует в ряду факторов риска СП. Роль интернета в многообразном СП молодых как активнейших потребителей сети двоякая: провоцирующая и полезная, в чем ее «парадокс». Клиницистам следует обсуждать особенности пользования интернетом в рутинной беседе с молодым пациентом и особо при оценке риска СП, нивелировать негативные и подкреплять положительные эффекты (электронных) СМИ, согласно целям и курсу лечения. При пользовании «как должно», интернет служит ключевым

ресурсом кризисной помощи молодым суицидентам и их близким с учетом их нужд и потребностей, не удовлетворяемых типовой психиатрической помощью. Вторгаясь в личный мир и поведение групп активных пользователей (как молодежи), Сеть способствует распространению и обмену научно доказательных знаний, важных в деле охраны и восстановления психического здоровья, лечения и предотвращения СП.

К ПРОБЛЕМЕ РАСШИРЕНИЯ И СУЖЕНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ

Макушкин Е. В., Морозова М. В., Савина О. Ф.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» Минздрава России, г. Москва,
e-mail: evm14@list.ru*

В настоящее время вновь актуальна проблема определения компетенций экспертов. Если раньше данная проблематика разрабатывалась в аспекте неоправданного расширения спектра решаемых задач, в частности оценки мотивации криминального поведения, правдивости показаний, вынесения суждения о вменяемости и др., то в настоящее время актуальным становится не всегда обоснованный отказ от вынесения экспертного решения со ссылкой на необходимость привлечения для этого узкого специалиста. В этом же русле следует рассматривать и сомнения судебно-следственных органов, а особенно адвокатов, в доказательности заключения эксперта, если он не имеет сертификата, тематического усовершенствования или профессиональной практической специализации именно в сфере научных познаний конкретного частного предмета экспертизы. Наибольшие споры возникают в следующих случаях: необходимость привлечения нарколога или сексолога для установления соответствующего диагноза и мер медицинского характера; оценка правильности проведенного ранее лечения; участие исключительно детских и подростковых психиатра и психолога при экспертизах несовершеннолетних в уголовном и гражданском процессе.

Исходя из принципов и методологии подготовки специалистов, принимающих участие в судебно-психиатрической экспертизе, в основе образования как психиатра, так и медицинского психолога лежат науки, формирующие познания по общей специальности: для психиатра – это «Лечебное дело», для медицинского психолога – «Психология». Конкретная специальность приобретает в ходе обучения на старших курсах высшего учебного заведения, где более углубленно преподаются дисциплины, ориентированные на профессиональную деятельность в определенной сфере медицины или психологии. При этом диапазон получаемых познаний

достаточно широк и, в свою очередь, является базой для приобретения более дифференцированной специализации (субспециальности), в том числе и в рамках последипломной профессиональной переподготовки. Однако компетенция психиатра и клинического психолога не ограничена узкими рамками, которые дают право на осуществление диагностики, направленного лечения, консультирования или коррекции, он может выносить профессионально грамотные оценки и по предмету своей общеобразовательной профессиональной подготовки.

Экспертная работа в судебной психиатрии и психологии предполагает сложное сочетание различных компетенций, приобретаемых как в теории (обучение), так и на практике, которые включают помимо умения специфически преломлять основные познания, экстраполируя их на предмет экспертизы, ориентацию в правовых вопросах и смежных специальностях (например, способность психиатра грамотно анализировать заключение психолога, а последнего – ориентироваться в принципах клинической диагностики). Отказ от дачи заключения в случае, если в экспертное задание включается задача, апеллирующая к общим профессиональным компетенциям, представляется методологически неверным, поскольку влечет зачастую неоправданное расширение состава комиссии за счет привлечения узкого специалиста на каждый подвид экспертизы (например, в посмертных экспертизах – суицидолога, фармаколога – для оценки правильности лечения). В то же время это не исключает возможности использования познаний таких специалистов в особо сложных экспертных случаях, когда требуется нюансированная оценка или применение аппаратных методов исследования (например, психофизиологических).

К МЕТОДОЛОГИИ КОМПЛЕКСНЫХ ЭКСПЕРТНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ

Макушкин Е. В., Савина О. Ф., Морозова М. В.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава России, г. Москва,
e-mail: evm14@list.ru*

На современном этапе развития методологии научного исследования в судебной психиатрии на первый план вместо ограниченного жесткими рамками специальных познаний принципа изучения психики выходит интеграция частных воззрений в широкое поле научных концепций смежных дисциплин, что приводит и к развитию каждой из них. Наряду с синдромальным и дименсиональными подходами свою продуктивность доказывает близкое к психологическому диагностическое исследование, обращенное к личности с акцентом не только на клинко-психопатологических закономерностях, но и на индивидуальном преломлении болезни у пациента с учетом донозологического этапа и социальных факторов. Таким образом, доказательная постановка диагноза должна базироваться на многомерных критериях с интеграцией выводов разных специалистов. При этом ось психология – патопсихология – психопатология, отражая качественные сдвиги в функционировании сознания, предполагает возможность одновременной детерминации психической деятельности образованиями различного уровня.

Приоритетом развития комплексных диагностических систем в судебно-психиатрической экспертизе в целях обеспечения их качества становится технология, в основе которой лежит верификация психологического диагноза и клинической нозологической принадлежности, а также критериального юридического и медицинского выбора в обосновании экспертного решения, что предполагает создание алгоритма диагностических и экспертных процедур с выделением нозоспецифичных «слабых» звеньев в когнитивной, эмоционально-волевой и личностной сфере. Такой подход позволяет, интегрируя познания и совмещая компетенции психиатра и психолога, реализовать системный многоуровневый

клинико-психопатологический, патопсихологический, психологический анализ структуры организации и регуляции криминальной деятельности лиц с психическими расстройствами, моделировать возможные «срывы», уточнять механизмы, степень выраженности предполагаемой дизрегуляции и ее качественные характеристики.

Получение наиболее значимой и полной информации, позволяющей провести всесторонний, научно обоснованный и методологически грамотный анализ, возможно при следующем алгоритме экспертного исследования: клинический анализ и выдвижение диагностических гипотез; патопсихологическое исследование с выделением симптомокомплексов и ведущих паттернов; интеграция результатов, решение диагностических вопросов; проекция экспериментальных и клинико-психопатологических данных, субъективных оценок подэкспертного и объективных сведений материалов уголовного дела на конкретную криминальную ситуацию; реконструкция и моделирование противоправной деятельности подэкспертного лица – выявление нарушенных звеньев в структуре регуляции, степени их выраженности и качественных особенностей; заключительный этап комиссионного освидетельствования с окончательным решением и обоснованием диагностических и экспертных выводов, разделением компетенций при ответе на вопросы конкретного экспертного случая и выделением областей интеграции в рамках экспертного заключения. Представленная методология расширяет рамки привычных экспертных выводов за счет категоризации, в том числе неоднозначных нарушений и сбоев в структуре противоправной активности с учетом характера психической патологии, психологических паттернов, включая патопсихологические, и ситуативных факторов.

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОТИВОПРАВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Макушкина О. А., Панченко Е. А.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, e-mail: makushkina@serbsky.ru

Актуальность проблемы предупреждения правонарушений, совершаемых лицами с психическими расстройствами, не вызывает сомнений. Исследователями в данной области приводятся убедительные доказательства единообразия социальных и психологических параметров (факторов риска) противоправного поведения у пациентов с различными видами психической патологии. Значимыми среди них являются: антисоциальная структура личности, злоупотребление или зависимость от психоактивных веществ, наличие криминального опыта и ранний возраст криминализации, семейная и трудовая дезадаптация, отсутствие приверженности к лечению и наблюдению у психиатра. Доказано, что преморбидные особенности личности больного с его морально-этическими установками и ценностной ориентацией в зависимости от их характеристик могут выступать в качестве факторов риска либо протективных факторов общественной опасности, что определяет значение превентивных мероприятий, адресованных к периоду формирования личности. Эта работа носит межведомственный, междисциплинарный характер с участием в ее реализации систем здравоохранения, образования, социальной защиты населения и органов полиции. Медицинской особенностью современной профилактики является деинституционализация психиатрической службы с существенным сокращением коечного фонда стационаров, смещением вектора работы в направлении оказания помощи во внебольничных условиях. Это соответствует общим тенденциям развития здравоохранения и является перспективным, поскольку связано с ранним выявлением психически больных, в том числе и представляющих общественную опасность. Однако последнее возможно только при обеспечении доступности специализированной помощи, ее интеграции с соматической медициной и дестигматизации. Также

важно, что в системе предупреждения деструктивного поведения пациентов все большее место принадлежит социальной поддержке и психосоциальной реабилитации. Это определяется дезадаптацией и уровнем материального неблагополучия значительного количества больных и актуализирует необходимость организации в психиатрической службе реабилитационных подразделений, реализацию биопсихосоциальной модели профилактических мероприятий.

Комплексная превенция противоправного поведения лиц с психическими расстройствами в современных условиях может рассматриваться с позиций концепции медицинской профилактики, сформированной Всемирной организацией здравоохранения, в которой выделены три основных ее формы – универсальная, селективная и индикативная. При этом важной составляющей универсальной профилактики является межведомственное взаимодействие, направленное на первичное предупреждение формирования делинквентности путем воздействия на основные «мишени» – факторы риска с акцентом на этапах формирования личности с учетом имеющихся проявлений психического дизонтогенеза и условий воспитания, особенностей социализации. Селективная профилактика ориентирована на активное выявление лиц, входящих в группу риска по совершению противоправных действий, и реализацию специальных мер по их предупреждению. Целью индикативной профилактики является превенция повторного деструктивного поведения. Реализация указанного подхода позволит существенно расширить возможности и эффективность профилактической работы.

ДИАГНОСТИКА ПТСР У ДЕТЕЙ ИЗ УСЛОВИЙ ВНУТРИСЕМЕЙНОГО ФИЗИЧЕСКОГО НАСИЛИЯ

Марголина И. А., Шимонова Г. Н.

ФГБНУ НЦПЗ, г. Москва,
e-mail: imargolina@mail.ru

Актуальность проблемы физического насилия над детьми определяется как большой распространенностью этого явления, так и его психосоциальными последствиями. В настоящее время большое внимание уделяется проблеме изучения стрессовых реакций в детском возрасте. Так как внутрисемейное физическое насилие является многофакторным психотравмирующим воздействием, несущим непосредственную угрозу здоровью, а в ряде случаев и жизни ребенка, оно неизбежно вызывает у ребенка стрессовые состояния, которые в дальнейшем могут трансформироваться в клинические проявления посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) (МКБ 10 – F-43.1).

В результате проведенного в отделе детской психиатрии НЦПЗ исследования у детей из условий хронического внутрисемейного физического насилия были выявлены психические нарушения, отвечающие критериям посттравматического стрессового расстройства. Условием для возникновения данных психических нарушений являются случаи жестокого физического насилия, вызвавшего травматизацию различной степени тяжести (ушибы, переломы, повреждения внутренних органов, черепно-мозговые травмы).

Для выявления симптомов ПТСР у детей старше 3 лет мы использовали фрагмент опросника K-SADS-PL (Diagnostic Interview Kiddie-SADS-Present and Lifetime). Нами был использован раздел K-SADS-PL «Физическое насилие в семье», в котором сгруппированы вопросы, ответы на которые выявляют факт насилия, а так же симптомы и динамику ПТСР. У обследованных детей были выявлены следующие признаки ПТСР: ночные кошмары, бессонница, раздражительность, периодически повторяющаяся игра, по сюжету связанная с насилием, повышенная настороженность, отгороженность в группе детей, соматовегетативная реакция на явления, напоминающие о фактах жестокого обращения, в сочетании со стойко сниженным

фоном настроения. Данная симптоматика наиболее часто наблюдалась в возрасте от 3 до 6,5 лет.

У детей раннего возраста использование данной методики невозможно в связи с отсутствием вербального самоотчета, и основным методом изучения клинических проявлений ПТСР служит наблюдение за детьми. Следует отметить, что их поведение демонстрировало признаки, аналогичные симптомам стрессового расстройства у старших детей: избегание телесного контакта, отталкивание от себя взрослого с бурной соматовегетативной реакцией и плачем, подавленное настроение со снижением социальной активности, нарушения сна, в дальнейшем, «проигрывание» ситуации насилия в агрессивных и разрушительных играх.

Следует подчеркнуть важность изучения вегетативного статуса как в старшей, так и в младшей группах детей. Выраженность вегетативных реакций коррелирует с глубиной психических нарушений, составляющих ПТСР. Особенно информативна оценка вегетативных реакций в группе детей раннего возраста в связи преобладающим соматовегетативным уровнем психического реагирования в данной возрастной группе.

Таким образом, результаты нашего исследования демонстрируют возможность диагностики посттравматического стрессового расстройства у детей раннего и дошкольного возраста, подвергшихся жестокому внутрисемейному физическому насилию. Предлагаемые нами подходы к диагностике данного расстройства могут способствовать более раннему его выявлению и оптимизации терапевтических и реабилитационных мероприятий.

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ПСИХИЧЕСКОМУ ЗДОРОВЬЮ БОЛЬНЫХ БА И ХОБЛ

Мартынова Н. В., Краснов В. Н.

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – Филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского», г. Москва, e-mail: vkrasnov121@gmail.com

В Послании Президента Федеральному Собранию Президент В.В.Путин сделал акцент на приоритете и главном ключевом факторе развития страны – благополучии людей - «Важен и ценен каждый человек, чтобы он чувствовал свою востребованность, прожил долгую и, главное, здоровую жизнь».

Психическое здоровье является состоянием благополучия, при котором человек может реализовать свой потенциал и противостоять обычным жизненным стрессам и продуктивно работать (по определению ВОЗ).

Особого внимания в этой связи заслуживает проблема психического здоровья при тяжелых соматических заболеваниях. Психические расстройства, появляющиеся на фоне тяжелого соматического заболевания, значительно утяжеляют состояние больного, снижают его адаптационные возможности, делают его более уязвимым к переживаниям, с которыми он сталкивается в повседневной жизни и в процессе лечения основного заболевания. В полной мере это относится и к таким хроническим заболеваниям, как бронхиальная астма (БА) и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Специфика этих заболеваний заключается в постоянном прогрессировании болезни, существенном снижении трудоспособности, высокой инвалидизации. Нами было обследовано 500 пациентов с БА и ХОБЛ. Исследование проводится с 1998 года по настоящее время.

Методологическим принципом работы был выбран системный подход (в медицине часто обозначаемый как биопсихосоциальный). Такая целостная модель подхода позволяла учитывать сложное многообразие причин и факторов в их взаимодействии и взаимовлиянии в динамике развития соматического заболевания: преморбидные особенности, психический статус, характерологические особенности личности, микросоциальное окружение дома

и на работе и другие. Особое значение придавалось внутренней картине болезни, сформировавшейся у больного. Выявлен широкий спектр психопатологических феноменов непсихотического уровня: от неспецифических астенических, невротических расстройств до оформленных тревожных и депрессивных состояний и, при тяжелой БА и ХОБЛ, до проявлений психоорганического синдрома. На основании полученных данных можно говорить о необходимости и важности системного подхода для построения рациональных индивидуализированных психокоррекционных и психореабилитационных программ, которые способствуют эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий, улучшению качества жизни и прогноза основного заболевания.

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, АКТУАЛИЗИРУЮЩИЕ ВЛЕЧЕНИЕ К АЛКОГОЛЮ ВО ВРЕМЯ РЕМИССИИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

Меликсетян А. С.

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава России, г. Москва*

С целью выявления обстоятельств, актуализирующих влечение к алкоголю во время ремиссии у больных алкоголизмом, обследовано 100 больных хроническим алкоголизмом (все мужчины) в возрасте от 25 до 60 лет. Во всех случаях диагностирована 2 стадия алкоголизма. Влечение к алкоголю в период воздержания от приема спиртных напитков (так называемое первичное влечение) усиливалось в «алкогольных» ситуациях у 86% пациентов. Однако у 14% больных нахождение в «пьющих компаниях», поведение опьяневших не вызывали дискомфорта, и влечение не актуализировалось. В 37% наблюдений сами пациенты осознавали возникновение влечения и достаточно подробно описывали характер изменений поведения и настроения при его актуализации. В 63 % наблюдений описываемая родственниками в момент актуализации влечения симптоматика оставалась не замеченной пациентами. Из 100 человек, находившихся в периоде воздержания от употребления спиртного, у 49 первичное влечение могло также быть спровоцировано физическим переутомлением, «усталостью», у 27-голодом. Из всей группы пациентов 30% владели информацией о проявлениях влечения и способах его подавления (личный опыт, психотерапевтические беседы со специалистами). Зная, что обильная еда подавляет влечение к алкоголю, лишь 5% пользовались таким способом устранения тяги к опьянению. 72% больных объясняли возникновение «желания выпить» различными психотравмирующими воздействиями. Они отмечали снижение настроения (после ссор, конфликтов), сопровождавшееся чувством обиды, грустью, тоской, тревогой, идеями самообвинения, самоупреками. Со слов 28% обследованных, стрессовые ситуации не провоцировали у них тягу к спиртному и желание привести себя в состояние опьянения. При описании характера и степени интенсивности первичного влечения

больные утверждали, что «легче было не начинать», т. е. преодоление первичного влечения менее затруднительно, чем вторичного. Подавить вторичное влечение удавалось лишь в 16% случаях и только тогда, когда был сохранен ситуационный контроль. Когда ситуация не предполагала необходимости контроля, даже эти 16% продолжали алкоголизацию и приводили себя в состояние, характерное для второй степени опьянения. Несмотря на длительность заболевания и наличие в анамнезе ремиссий и рецидивов, у 96% больных перед употреблением первой порции спиртного была уверенность в возможности контроля и своевременного прекращения потребления алкоголя.

ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ФОНЕ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ

Моисейчева О. В., Степанов И. Л.

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, e-mail: moisej-olga@yandex.ru

При терапии депрессий у больных с соматическими заболеваниями следует учитывать сложное взаимодействие соматической и психической составляющих статуса пациента. Сопутствующие соматические заболевания имеют значение для возникающего своеобразия клинической картины и динамических особенностей депрессии [Плетнев Д.Д., 1927; Жислин С. Г., 1965; Kielholz P., 1971]. Депрессивные расстройства, сосуществующие с соматической патологией, труднее поддаются лечению в связи с негативным влиянием соматических заболеваний на эффективность терапии.

Цель исследования – анализ структурно-динамических особенностей фазнопротекающего депрессивного эпизода больных на фоне психофармакотерапии с учетом сопутствующей соматической патологии в стадии ремиссии.

В исследование вошли 100 больных депрессией в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 (F31- 22 человека, F32 – 17, F33 - 61) в возрасте от 18 до 65 лет. Изученная выборка формировалась на основании констатации на момент обследования:

- 1) текущего депрессивного эндогенного эпизода;
- 2) наличия соматической патологии в стадии ремиссии. Основными методами исследования были клиничко-психопатологический, психометрический, клиничко-анамнестический, статистический.

Результаты. Количество респондеров во всей выборке к окончанию лечения, рассчитанное по уменьшению вдвое и более показателей шкалы Гамильтона (HDRS), составило 61 человек (61%), нон-респондеров – 39 человек (39%). При сравнении клиничко-психопатологических характеристик в данных группах (тест Манн-Уитни) меньшая эффективность психофармакотерапии отмечена у пациентов с доминированием снижения побуждений к деятельности, абулических нарушений ($p < 0,05$) и симпатикотонии (тахисинусовый ритм).

кардия ($p < 0,05$); повышения АД ($p < 0,05$) в структуре депрессии. В группе нон-респондеров преобладали тревожные, истерические черты характера, со статистически достоверным доминированием в данной группе гипертимных личностных особенностей. Оценивалась динамика психопатологических симптомов внутри двух данных групп (тест Вилкоксона). Прогностически неблагоприятными и терапевтически устойчивыми симптомами явились: чрезмерная озабоченность здоровьем, поверхностный сон, снижение либидо, обсессивно-компульсивные симптомы, неосознанность депрессивного состояния.

Заключение. Терапевтическая динамика депрессии у больных с соматической патологией вне обострения зависит от структуры синдрома и личностных особенностей больных. Полученные данные позволяют предположить меньшую эффективность фармакотерапии депрессивного эпизода у больных с повышенным симпатотоническим тонусом вегетативной системы, сниженными побудительно-волевыми характеристиками личности и сложностью достижения эмоционального комфорта преморбидного уровня.

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

Никитин И. Е.¹, Злоказова М. В.², Ичитовкина Е. Г.²

¹ *Медико-санитарная часть МВД России по Кировской области», г. Киров,*

² *Кировский государственный медицинский университет, г. Киров*

Одним из важных вопросов ведомственной психиатрии является профилактика суицидальных действий среди личного состава органов внутренних дел (ОВД) (Потарыкина М. С., 2015).

Несмотря на реализацию положений Приказа МВД России от 24.12.2008 № 1142 «О профилактике суицидальных происшествий в органах, подразделениях, учреждениях системы МВД России», ежегодно, по данным ведомственных источников, происходит рост суицидальных происшествий среди сотрудников ОВД.

Согласно данным статистики, чаще совершают суициды сотрудники в возрасте от 25 до 35 лет (48%), со стажем службы в ОВД от 3 до 10 лет (55%), при этом более 56% суицидов происходят в состоянии алкогольного опьянения (Снегирева Л.А., 2015). Это свидетельствует не только о трудностях адаптации сотрудников к экстремальным условиям служебной деятельности, но и о недостатках методологических подходов к проведению профессионального отбора и медико-психологического сопровождения сотрудников ОВД и требует разработки новых прогностических критериев суицидального поведения (Мягких Н.И., 2014, Соловьев А.Г., 2016; Злоказова М.В., 2017).

Цель: изучение причин совершения суицидальных действий сотрудниками органов внутренних дел Кировской области за период с 2000 по 2016 годы.

Материалы и методы: по материалам медицинской документации был проведен анализ завершенных суицидов среди сотрудников ОВД Кировской области за период с 2000 по 2016 годы.

Результаты: выявлено, что за анализируемый период сотрудниками ОВД было совершено 20 суицидов. Пики завершенных суицидов отмечались в 2000 г. – 3, 2001 г. – 3, 2016 г. – 4. В 2012 г. – 1, 2013 г. – 2, 2014 г. – 1, 2015 г. – 2. В 2010 г., 2011 г. суицидов не было.

В 13 (65,0%) случаях суициды совершались из-за семейно-бытовых конфликтов на фоне злоупотребления алкоголем, из-за игровых долгов – 2 чел. (10%), проблемы на службе – 1 чел. (5%), причина не была установлена у 4 чел (20%) .

При этом за время службы у суицидентов не было выявлено каких-либо психических отклонений, и они не состояли на динамическом контроле у ведомственных психологов и психиатров, что свидетельствует о недостатках в организационных подходах при проведении ежегодной диспансеризации личного состава врачами психиатрами и клиническими психологами.

Выводы: необходимо совершенствовать диагностические подходы при проведении ежегодной диспансеризации личного состава ОВД для выявления лиц, относящихся к группе риска по совершению суицидов, в том числе чрезмерно употребляющих алкоголь для комплексной психопрофилактической работы в условиях Центров психического здоровья Медико-санитарных частей МВД России.

РЕКОНСТРУКЦИЯ ПАМЯТИ ПРИ ЕЕ АКТИВНОМ ИЗВЛЕЧЕНИИ ПРИ ХИМИЧЕСКОЙ АДДИКЦИИ

Никишина В. Б.

*ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Курск,
e-mail: vbnikishina@mail.ru*

В современных исследованиях нарушений памяти при химической аддикции в отечественной и зарубежной науке преобладает вектор изучения процессов запоминания при отсутствии активного исследовательского интереса к изучению процесса извлечения памяти. Характеристики извлечения напрямую связаны и определяются содержанием психотерапевтического воздействия в работе с пациентами с химической аддикцией.

Объем выборки составил 124 испытуемых (мужчин) в возрасте от 24-46 лет. Первую экспериментальную группу составили 45 человек, употреблявших алкоголь, в фазе постинтоксикации (F10.2 – «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Синдром зависимости»); вторую экспериментальную группу составил 41 испытуемый, употреблявший наркотические вещества (F19.2 – «Психические и поведенческие расстройства, вызванные одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ. Синдром зависимости»). Длительность заболевания варьировала от 2,7 до 5 лет. Контрольную группу (К) составили 38 мужчин в возрасте 26-43 лет, имеющих заключение «здоров» по результатам прохождения процедуры профосмотра.

Организация исследования включала два этапа:

- 1) сравнительная оценка объема кратковременной слухоречевой и зрительно-образной памяти у пациентов с химической аддикцией и здоровыми испытуемыми;
- 2) оценка темпа и точности извлечения памяти пациентов с химической аддикцией (эксперимент Ф. Бартлетта по реконструкции памяти при её активном извлечении).

В качестве экспериментального воздействия предъявлялся вербальный (притча североамериканских индейцев) и образный (буква древнегреческого алфавита) материал. Испытуемым после

однократного предъявления стимульного материала необходимо было его воспроизводить на бумаге по памяти через каждые 24 часа (всего 10 воспроизведений). Обработка полученных данных проводилась методами описательной и сравнительной статистики.

В результате исследования процесса извлечения памяти при химической аддикции выявлены нарушения памяти в обеих экспериментальных группах, которые проявляются как на уровне процесса запоминания, так и на уровне процесса извлечения, и затрагивают вербально-логическую и зрительно-образную память.

Реконструкция памяти при ее активном извлечении, как при алкогольной, так и при наркотической аддикции проявляются сокращением объема при искажении и упрощении смыслового содержания вербальной информации. Нарушения процесса извлечения зрительно-образной информации при алкогольной аддикции проявляются в упрощении зрительного образа с уменьшением количества изображаемых деталей по сравнению с эталоном; при наркотической аддикции нарушения извлечения памяти преимущественно проявляются включением отсутствующих в эталонном образце деталей, а также значительной трансформации невербальной информации.

Практическая значимость полученных результатов заключается в том, что при оказании психотерапевтической помощи пациентам с химической аддикцией, учитывая объем искажения невербальной информации и практически полную потерю вербальной информации, максимально эффективным является невербальный способ донесения смыслового содержания.

ДЛИТЕЛЬНАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА НЕДИАГНОСТИРОВАННОЙ КОМОРБИДНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

Николишин А. Е., Чупрова Н. А., Соловьева М. Г., Кибитов А. О.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, e-mail: aenikolishin@gmail.com

Наркологическая стационарная помощь по-прежнему характеризуется высокой частотой и длительностью пребывания пациентов в стационаре. Предполагается, что на длительность госпитализации пациентов с алкогольной зависимостью (АЗ) могут оказывать влияние клинические особенности течения заболевания, наличие семейной отягощенности (СО) или генетического риска (ГР) по АЗ. В то же время известно, что депрессия встречается у 25-40% пациентов АЗ и, часто оставаясь недиагностированной, может существенно влиять на длительность пребывания пациента в стационаре.

Цель. Выявить различия по клиническим и генетическим параметрам формирования и развития АЗ у пациентов с длительностью госпитализации менее 30 дней и более 30 дней.

Материалы и методы. В исследование вошли 464 стационарных пациента с диагнозом АЗ (средний возраст ($\text{mean} \pm \text{SE}$) $42,48 \pm 0,504$ года), этнические русские. Пациенты с диагнозами F00-F09, F20-F29, F30-F39 не включались в исследование. Клинические переменные (возраст первой пробы алкоголя, начала злоупотребления алкоголем, формирования синдрома отмены алкоголя, первой госпитализации) оценивали методами клинического анкетирования и клинико-катамнестическим. Тягу к алкоголю в момент поступления и выписки оценивали с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). Выраженность депрессии в момент поступления и выписки оценивали с помощью шкалы депрессии Бека (BDI). Информацию о СО по АЗ получали путем клинического интервью пациента и близкого родственника. Оценивали индивидуальный уровень ГР развития болезней зависимости от ПАВ путем генопрофилирования. Для сравнения групп был использован критерий

согласия χ^2 (Пирсона) и непараметрический U-критерия Манна-Уитни.

Результаты. В группе пациентов с длительностью госпитализации >30 дней доля женщин была достоверно выше (32,05%), чем в группе с длительностью госпитализации ≤ 30 дней (22,02%; $\chi^2=4,117$; $df=1$; $p=0,042$). У пациентов с длительностью госпитализации >30 дней уровень депрессии по BDI при поступлении был выше ($Mean \pm SE=18,99 \pm 1,111$), а динамика уменьшения выраженности депрессии больше ($11,58 \pm 1,007$), чем у пациентов с длительностью госпитализации ≤ 30 дней ($14,99 \pm 0,422$, $p=0,000$; $9,35 \pm 0,374$, $p=0,019$). У пациентов с длительностью госпитализации >30 дней уровень тяги к алкоголю по ВАШ при поступлении был выше ($Mean \pm SE=71,73 \pm 3,162$), а динамика уменьшения тяги к алкоголю больше ($62,87 \pm 3,193$), чем у пациентов с длительностью госпитализации ≤ 30 дней ($60,03 \pm 1,552$, $p=0,001$; $50,97 \pm 1,582$, $p=0,002$). Остальные клинические переменные достоверно не различались. Семейная отягощенность и генетический риск также достоверно не различались.

Обсуждение. Выявлен ряд значительных отличий по уровню депрессии и выраженности тяги к алкоголю между пациентами с разной длительностью госпитализации. Можно предполагать, что большая выраженность депрессии косвенно увеличивает тягу к алкоголю. Таким образом, именно наличие коморбидной депрессии у пациентов с АЗ может существенно увеличивать длительность госпитализации и требовать дополнительного лечения.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Новикова Г. Р.

*ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва,
e-mail: gr_novikova@mail.ru*

В целях реализации права лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) на получение качественного образования государство гарантирует создание условий для коррекции нарушений развития и социальной адаптации, для оказания ранней коррекционной помощи на основе психолого-педагогических подходов. Важным звеном программы специализированной коррекционной работы в образовательной организации является профессиональное проектирование и внедрение индивидуальных маршрутов психологического сопровождения различных категорий детей. Встает важная задача, связанная с наиболее ранним выявлением детей с ОВЗ, определением причин их трудностей и реализацией адресной помощи всем участникам образовательного процесса.

Возможности оказания психологической помощи и непрерывного профессионального сопровождения обучающихся следует оценивать исходя из анализа ресурсов образовательной организации с учетом потенциала сетевого взаимодействия. Стратегия психологического воздействия, планирование специализированных мероприятий и детали их организации находятся в зависимости от двух взаимосвязанных уровней функционирования образовательной организации: административно-управленческого и программно-методического. На административно-управленческом уровне определяются ресурсы образовательной организации в части: самостоятельного оказания психологической помощи; создания специальных условий для получения образования детьми с ОВЗ или инвалидностью; наличия необходимых специалистов и степени их включенности в процесс психологического сопровождения; возможности привлечения дополнительных ресурсов из других организаций и системы многопрофильной помощи. На программно-методическом уровне разрабатываются направление, содержание и механизмы реализации психологической помощи. При решении

задач профессионального проектирования и внедрения индивидуальных маршрутов психологического сопровождения отдельных категорий детей следует использовать службы, предусматривающие различные формы взаимодействия специалистов — совещание, консультирование, супервизия, психолого-педагогический консилиум, психолого-медико-педагогическая комиссия (ПМПК).

Программно-методическое обеспечение коррекционного процесса предполагает описание объектов психологического воздействия: коммуникативные компетенции; социальные компетенции; компетенции эмоциональной сферы; пространственные представления; игровая деятельность; компетенции познавательной сферы; временные представления; произвольная регуляция деятельности; познавательный потенциал (познавательная активность); самостоятельность и инициатива в социально-бытовой сфере; продуктивное взаимодействие; адаптивные формы поведения и деятельности; элементарные коммуникации; самостоятельность и инициатива в игровой деятельности; самовосприятие. Однако недостаточная соотнесенность «мишеней» специализированной помощи с особыми образовательными потребностями детей, их недостатками в физическом и (или) нервно-психическом развитии затрудняет проведение индивидуально ориентированных коррекционных мероприятий, возможность освоения учащимися с ОВЗ основной образовательной программы и их интеграцию в образовательный процесс.

АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Осколкова С. Н.

ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского», г. Москва,

e-mail: oskolкова.1954@mail.ru

Начало XXI в., наряду с инновациями во многих сферах медико-биологических и социальных наук, характеризуется расширением спектра аддикций (зависимостей). В то же время в связи с неуклонным старением населения развитых стран, в том числе России, проблема аддикций становится все более актуальной и для психически больных старших возрастных групп, что имеет значение в общей и судебной психиатрии.

В проведенной работе указанная проблема рассмотрена на модели 48 больных старше 50 лет с катamnестически верифицированным диагнозом шизофрении, проходивших судебно-психиатрическую экспертизу (СПЭ) в 2008-2015 гг. в Центре им.В.П. Сербского.

Методы исследования: клинико-психопатологический, катamnестический, экспериментально-психологический, шкала оценки качества жизни.

Анамнестически у больных выявлялись разные формы коморбидной патологии – аддикции. Превалировала частота химической аддикции – синдромов зависимости от алкоголя, наркотиков и их сочетания. На разных этапах динамики основного эндогенного расстройства злоупотребление алкоголем и/или наркотиками отличалось по интенсивности. У 34,7% больных выявлялись нехимические формы аддикции, причем во всех случаях они возникали после 45 лет. Так, у 24,7% больных сформировалась зависимость от телевизора, который смотрели часами - «все подряд», у 14,2% можно было констатировать интернет-зависимость с просмотром любых сайтов. Последняя в основном формировалась «благодаря» родственникам, которые были довольны любой занятостью больных. У 12,4% больных возникал шопоголизм с начальной психологизацией – найти вещь по более низкой цене. Часть больных ничего не покупали, некоторые покупали ненужные вещи. В 6% наблюдений до правонарушения можно было констатировать разные формы игромании – постоянную покупку лотерейных билетов, игру

в автоматах. На эти занятия тратилась вся пенсия в ущерб реальным нуждам, что со временем становилось одним из аргументов недееспособности. 8% больных страдали аддикцией в форме ночной булимии; у них выявлялась неврозоподобная шизофрения с различными навязчивостями, безразличием к близким.

У 70,2% обследованных сочеталось несколько форм аддикции (химические или химическая и нехимическая), что во многих случаях затрудняло диагностический и экспертный выводы. Химические формы зависимости нередко «размывали» и вуалировали критерии эндогенного расстройства, сочетались с диссимуляцией психотической симптоматики и в целом обуславливали атипичность клинической картины. Нередко диагностические и экспертные задачи дополнительно осложнялись сосудистой патологией, низкими показателями субъективной оценки качества жизни. Современное общество предъявляет к индивиду требования, которым особенно трудно соответствовать при психическом расстройстве. Практически все формы зависимости больные объясняли стремлением к отстранению от реальности, «уходу в свой мир», не требующий общения, то есть аутизацией или облегчением общения и состояния. При шизофрении аддикции, как правило, имеют психотическую или гедонистическую мотивацию, что сознательно или подсознательно облегчает состояние, адаптацию. В то же время, у 83% больных аддикция играла криминогенную роль.

Проведенное исследование подчеркивает медико-социальную значимость трудотерапии, различных видов психотерапии наряду с фармакотерапией в комплексе внебольничной помощи психически больным, в том числе шизофренией, с учетом личностных и возрастных особенностей.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Панченко Е. А.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва,
e-mail: eapanchenko@yandex.ru*

Известно, что способность понимать эмоциональные состояния другого человека (в частности, точно идентифицировать эмоции по лицевой экспрессии) имеет важнейшее значение для нормальной социализации. При этом одной из характерных особенностей пациентов, совершивших общественно опасные действия, является алекситимия. Традиционно у них выявляются низкая способность к эмпатии, трудности с осознанием и вербализацией собственных эмоций, ошибки при распознавании эмоций других людей. Нарушение этой характеристики часто обнаруживается в криминальной практике. Так, у лиц с высокой выраженностью психопатических черт выявляются нарушения в распознавании эмоций. При этом неспособность правильно идентифицировать эмоциональную экспрессию приводит к нарушению эмоциональной «обратной связи» в момент деликта и определяет трудности распознавания таких эмоций как страх и горе. Непонимание этих эмоций у жертвы облегчает совершение преступления.

По нашему мнению, одним из наиболее приемлемых методов для решения этой проблемы может быть использование арттерапии, что и осуществлялось в процессе психокоррекционной работы сотрудниками Отдела судебно-психиатрической профилактики ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского». Известно, что главным в арттерапии является развитие «языка самовыражения». Арттерапия использует метод визуальной, пластической, аудиальной экспрессии и незаменима в тех ситуациях, когда вербализация затруднена. Арттерапия стимулирует экспрессию и способствует осмыслению эмоционального состояния. Кроме того, в арттерапии диада «терапевт – пациент» расширяется на триаду «терапевт – произведение искусства – пациент», что позволяет не преодолевать сопротивление пациента, а напрямую использовать его, наглядно демонстрируя возможность изменений. Отдельным достоинством

выбранного метода были недирективность и корректность, что было особенно значимо при работе с пациентами, совершившими общественно опасные действия. Психокоррекционные мероприятия помогали им лучше вербализовывать различные эмоциональные переживания, а значит, осознанно реагировать на собственные, в том числе деструктивные импульсы.

В целом, учитывая, что арт-терапевтический подход ориентирован не столько на вербальную, сколько на эмоциональную сферу пациента, его использование высокоэффективно в психотерапевтической практике именно с описываемой категорией лиц, и мы рекомендуем его включение в систему психореабилитационных мероприятий пациентов, совершивших общественно опасные действия.

СУИЦИД КАК СЦЕНАРНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Паршин А. Н.¹, Семенова Е. В.², Еденова А. Н.³

¹ *Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского»,*

² *ГКБ им. А. К. Ерамишанцева,*

³ *ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского», г. Москва*

Суицид есть мультимодальный феномен, существующий в онтологическом, культурно-историческом, социально-психологическом и медицинском контекстах. Следовательно, низка вероятность создания единой теории, описывающей данный феномен. Многолетний опыт работы и исследования суицидального поведения на базе кризисного стационара заставил нас обратить внимание на личностные паттерны, основы которых закладывались в раннем детстве. Поиск специфических черт личности у суицидентов привел к осознанию того, что у пациентов с одинаковым психиатрическим диагнозом взгляды на суицид могут быть диаметрально противоположны. В одном случае самоубийство представляется как наилучший способ решения проблем, в других случаях, даже на фоне тяжелой депрессии, оно, как таковое, не рассматривается.

Таким образом, предметом исследования являлось развитие личности, психологическая история. Процесс образования личности из определенной соматической конституции направляется определенными установками: как нужно чувствовать, как думать и как себя вести. А они, в свою очередь, определяют жизненный план – сценарий. В основном, наши пациенты представляли собой личности с пограничными, нарциссическими и депрессивными чертами, как отдельно, так и в комбинациях с различным уровнем повреждения – от акцентуации до личностных расстройств. Хорошо известно, что именно эти личностные типы отличаются высоким суицидальным риском. Однако мы наблюдали и общие черты, характеризующие наших пациентов. В их жизненном сценарии главной особенностью является обусловленность существования. Это люди с низкой или неустойчивой самооценкой, с преобладанием депрессивной жизненной позиции – «Я не благополучен». Эта позиция закладывалась на основе обесценивающих родительских предписаний. На плаву они удерживаются с помощью контрпредписаний: будь совершенным, радуй других и т. д. То есть фасад мо-

жет выглядеть вполне благополучным благодаря выработанным системам защиты, обуславливающим их существование. Такие люди считают, что они могут жить, если выполняют определенные условия. Например: «Пока я всем нравлюсь – я ОК», «Пока я хорошо работаю, добиваюсь успеха – я имею право жить». Ситуации, в которых не удастся выполнять эти условия, приводят к срыву адаптации и ставят под угрозу само существование индивида. Тогда суицид выглядит как финал жизненного сценария или, в случае суицидальной попытки, как его репетиция.

Выявление суицидального сценария позволяет не только более точно определить группу риска, но и разрабатывать психотерапевтические мишени и в соответствии с ними проводить эффективные терапевтические интервенции. То есть, от анализа сценария перейти к его изменению. Появляется возможность, используя разработанную нами динамическую модель суицидального поведения, проводить реальную работу по предотвращению суицида.

ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ШКАЛА ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПЕРСОНАЛЬНОГО КОМПЬЮТЕРА, ИНТЕРНЕТА И МОБИЛЬНЫХ УСТРОЙСТВ

Пережогин Л. О.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, e-mail: drlev.ru@yandex.ru

Зависимость от персонального компьютера, интернета и мобильных устройств, обеспечивающих доступ к нему, стала в последние годы одной из актуальнейших проблем современной аддиктологии во всем мире. Настоящее исследование проведено на клинической базе Неврологического отделения КДЦ Морозовской детской городской клинической больницы ДЗМ. Эмпирическую базу исследования составили 220 несовершеннолетних в возрасте от 9 до 17 лет (133 юноши и 97 девушек), обратившихся в 2013-2017 годах за психотерапевтической помощью, обнаруживающих признаки зависимо-го от интернета поведения. Анализ их клинических данных позволил разработать «Шкалу оценки зависимости от персонального компьютера, интернета и мобильных устройств, обеспечивающих доступ к нему» (феноменологический опросник). Данная Шкала – инструмент скрининговой и предварительной диагностики, не подменяющая собой визита к врачу. С ее помощью невозможно установить достоверный клинический диагноз, она служит лишь для выявления детей и подростков, относящихся к группе риска по формированию интернет-аддикции, либо имеющих сформированную зависимость. Предполагается, что отвечать на вопросы шкалы должны родители или другие близкие люди, хорошо знающие особенности поведения ребенка, внимательные и наблюдательные. Шкала не предназначена для диагностики взрослых, поскольку заложенные в ней клинические феномены аддиктивного поведения изучались на детях и подростках, а клиническая картина зависимости у взрослых и детей, как показывает опыт, может существенно различаться. Воспользоваться шкалой можно на сетевом ресурсе drlev.ru Тестирование бесплатное, анонимное. Никакие личные данные респондентов, включая IP-адрес, не фиксируются. По завершению тестирования результат выводится на экран.

Использование шкалы позволяет на ранней стадии выявлять первые признаки формирующейся зависимости. Таковыми являются стойкие мысли о необходимости прибегнуть к сетевой активности (наблюдались у 70% респондентов за 18 месяцев до обращения за медицинской помощью) и выбор электронного устройства при наличии не менее привлекательной альтернативы (наблюдался у 50% респондентов за 18 месяцев до обращения за медицинской помощью) (феномены патологического влечения). Также использование шкалы позволило выявить признаки утяжеления симптоматики, наблюдаемые за 15-16 месяцев до формирования завершённой клинической картины зависимости, обуславливающей обращение за помощью – растягивание ребёнком времени, проводимого за ПК (до 70% респондентов) и выраженная «переработка» самостоятельно ограниченного времени (60% респондентов) (феномены утраты контроля). Выявление этих феноменов на ранних (доклинических) этапах формирования зависимости даёт возможность вовремя осуществлять профилактику и значительно облегчает терапию, позволяет ограничиться психотерапевтическим воздействием, обеспечивает сохранение полноценного социального функционирования ребёнка, включая его активность в образовательной среде.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОСТЬ КОГНИТИВНЫХ КОНСТРУКТОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ХИМИЧЕСКОЙ АДДИКЦИИ

Петраш Е. А.

*ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Курск,
e-mail: petrash@mail.ru*

Актуальность исследования дифференцированности когнитивных конструктов при различных видах химической аддикции обусловлена, с одной стороны, необходимостью оптимизации процесса клинико-психологической реабилитации пациентов с алкогольной и наркотической аддикцией, с другой - повышением качества профилактической работы. В последнее десятилетие по данным как официальной статистики, так и исследовательским данным отмечается повышение дифференцированности объектного пространства аддикций, а также снижение возраста манифестации.

Когнитивный конструкт строится на базе индивидуальных семантических полей и характеризуется динамичностью. Именно организация когнитивных конструктов определяет точность восприятия и переработки поступающей информации, а также степень ее понимания в процессе клинико-психологической реабилитации пациентов с химической аддикцией.

Объем исследовательской выборки составил 180 испытуемых (мужчин) в возрасте 26-54 года. В первую экспериментальную группу (Э1) вошли 55 человек с алкогольной зависимостью (F10.2 – «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Синдром зависимости»); вторую экспериментальную группу (Э2) составили 41 человек с наркотической зависимостью от опиоидов (F11.2 – «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. Синдром зависимости»); третью экспериментальную группу (Э3) составили 39 испытуемых с зависимостью от курительных смесей (F19.2 – «Психические и поведенческие расстройства, вызванные одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ. Синдром зависимости»).

Контрольную группу составили 45 мужчин с заключением «здоров» по результатам прохождения процедуры профосмотра.

В качестве метода исследования когнитивных конструктов использовался тест репертуарных решеток Дж Келли. Содержание когнитивных конструктов анализировалось по трем критериям: простота/сложность организации, дифференцированность/недифференцированность системы конструктов, содержательная направленность конструктов. Количественная обработка полученных результатов осуществлялась с использованием методов описательной и сравнительной статистики.

В результате исследования установлено, что вне зависимости от вида химической аддикции значительно преобладают простые, недифференцированные когнитивные конструкты, содержательно ориентированные на объект зависимости. Максимально недифференцированными являются когнитивные конструкты у пациентов с наркотической аддикцией. По содержательной направленности у всех групп пациентов когнитивные конструкты ориентированы на объект зависимости; однако наиболее дифференцированным объектное содержание когнитивных конструктов выявлено в группе пациентов с зависимостью от курительных смесей.

Практическая значимость полученных результатов определяется необходимостью учета уровня сложности и дифференцированности когнитивного содержания в процессе клинико-психологического сопровождения пациентов с химической аддикцией. Максимально эффективным является предоставление необходимого смыслового содержания в форме простых коротких предложений.

ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ ФИЗИЧЕСКОГО И СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ НАД ДЕТЬМИ

Платонова Н. В. , Марголина И. А.

*ФГБНУ НЦПЗ, г. Москва,
e-mail: imargolina@mail.ru*

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) включает в понятие «жестокое обращение с детьми» все формы физического, эмоционального и сексуального насилия, пренебрежения и эксплуатации, следствием которых является фактический или потенциальный вред для здоровья ребенка и его развития.

Физическое насилие (ФН) это повреждающий психобиологический фактор, нарушающий как психическое, так и физическое развитие ребенка. Такое определение включает в себя как собственно физическое повреждение, так и сопутствующее ему психологическое/эмоциональное насилие в виде оскорбления, унижения и запугивания, которые вызывают у ребенка чувство обиды, тревоги, страха и паники. Физическое насилие со стороны старших родственников ребенка определяется как внутрисемейное физическое насилие и часто носит перманентный характер. Под сексуальным насилием (СН) над детьми по данным ВОЗ понимается вовлечение ребенка в сексуальную активность, значение которой он полностью не осознает, на которую не может дать согласия, к которой не подготовлен уровнем своего развития и которая нарушает законы и социальные табу общества. СН включает в себя как физическую, так и психологическую составляющие. Внутрисемейным сексуальным насилием является сексуальное насилие, которое совершается ближайшими родственниками или лицами, их заменяющими, и также носит перманентный пролонгированный характер.

Насилие, совершенное по отношению к ребенку, по своим последствиям относится к тяжелым психическим травмам. Психические травмы детства оказывают психогенное влияние на всю последующую жизнь ребенка, формирование его характера, психическое и физическое здоровье, адаптацию в обществе. Среди психопатологических последствий ФН и СН у детей отмечаются посттравматические стрессовые расстройства, расстройства личности,

девиантное и аутодеструктивное поведение, ранний алкоголизм и наркомания, также возможно возникновение психотических состояний.

Клинические подходы к определению ФН и СН проводятся по общему принципу, но с учетом особенностей каждого вида насилия и включают соматическую составляющую: общего педиатрический осмотр в том и другом случаях, гинекологический, урологический, проктологический в случае СН. Для анализа психических нарушений, связанных с пережитым ФН и СН, применяются как традиционные методики оценки психического статуса ребенка, так и комплекс специальных методик, разработанных сотрудниками отдела детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ.

Среди форм коррекции психических нарушений и психологических проблем у детей-жертв физического насилия и сексуальных злоупотреблений, применяемых в работе, следует выделить:

1. режимно-организационные мероприятия, которые выражаются в необходимом, часто принудительном разделении жертвы и насильника, а также в организации профессионального наблюдения за жертвой правоохранительными органами и органами опеки (нередко изъятие из семьи);
2. медикаментозные методы лечения (в их числе общепедиатрические - санация имеющихся отклонений общего состояния здоровья и общепсихиатрические - лечение психических нарушений, в т. ч. психофармакотерапия);
3. психокоррекционные мероприятия: арт-терапия, игротерапия, игра с песком, манкой и водой, сказкотерапия, сухой бассейн, сенсорная комната.

ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РЕЛИГИОЗНОЙ ВЕРЫ

Полищук Ю. И., Летникова З. В.

*Московский НИИ психиатрии – филиал «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского»
МЗ РФ, г. Москва*

Вера, в том числе религиозная вера, является важнейшей составной частью личности. Она выполняет функцию психологической установки, смысловой ориентации и духовной опоры человека. За последние десятилетия в России происходит рост числа религиозно верующих людей, людей с религиозным мировоззрением. Всё больше увеличивается число церковных храмов, в том числе при психиатрических учреждениях. Психопрофилактическое и психотерапевтическое значение религиозной веры, религиозных убеждений отмечалось авторитетными психологами и психиатрами (К.Юнг, Г.Оллпорт, Э.Фромм, В.Франкл, В.М.Бехтерев, Д.Е.Мелехов, Б.Д.Карвасарский, Б.С.Братусь, П.И.Сидоров). Указывалось на сопоставимость психотерапевтического влияния религиозной веры с психотерапией мирозерцанием по Я.Марциновскому и аретотерапией по А.И.Яроцкому, в основе которых лежит психологическая опора на высшие проявления духовной жизни человека и их усвоение.

Цель данной работы состояла в определении влияния религиозной веры на возникновение и клинические проявления депрессивных и тревожных расстройств у лиц позднего возраста.

Задачами были:

1. Сравнение частоты встречаемости разных форм депрессивных и тревожных расстройств у религиозно верующих и неверующих людей.
2. Оценка продолжительности депрессивных и тревожных расстройств у верующих и неверующих пациентов.

Объектом изучения явились 100 пациентов позднего возраста (55-90 лет) с депрессивными и тревожными расстройствами и наличием у них истинной, глубокой религиозной веры. Обе группы были сопоставимы по половому составу и особенностям соматического состояния.

Методы исследования: клинико-психопатологический, психометрические (гериатрическая шкала депрессии Ясаваги, шкала тревоги Тейлор, опросник копинг поведения Хайм, тест MMSE), статистические методы (пакет SPSS).

Результаты. Выявлено значительное преобладание у религиозно верующих людей позднего возраста по сравнению с неверующими людьми того же возраста кратковременных депрессивных и тревожных реакций, тогда как более затяжные и более выраженные депрессивные и тревожные расстройства в форме тревожных дистимий и смешанного депрессивного и тревожного расстройства достоверно чаще развивались у неверующих людей. У неверующих лиц также чаще возникали психогенные депрессивные эпизоды в форме патологической реакции горя. Среди пациентов с остаточными явлениями патологической реакции горя достоверно преобладали пациенты с наличием религиозной веры, которая способствовала смягчению и сокращению продолжительности этих болезненных состояний. Полученные данные позволяют сделать заключение о том, что религиозная вера оказывает психотерапевтическое и психопрофилактическое, смягчающее влияние при развитии депрессивных и тревожных расстройств в позднем возрасте, которые приобретают у верующих пациентов менее выраженный и менее продолжительный характер. Биопсихосоциальную парадигму в психиатрии необходимо дополнить биопсихосоциодуховной парадигмой.

СОЦИАЛЬНЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ, ОБРАЩАЮЩИХСЯ ЗА НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ НА ЭТАПЕ ФОРМИРОВАНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Понизовский П. А.

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и наркологии им. В. П. Сербского» МЗ РФ, г. Москва,
e-mail: papon78@mail.ru*

Цель исследования – установление социальных и клинических особенностей лиц, обращающихся за наркологической помощью на этапе формирования алкогольной зависимости.

Среди лиц, обратившихся в амбулаторном порядке за наркологической помощью, посредством теста для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя (AUDIT), и традиционной клинической беседы было выявлено 38 пациентов (27 мужчин и 11 женщин) на этапе формирования алкогольной зависимости (рост толерантности к алкоголю, появление потери количественного контроля, изменение картины состояния опьянения), средний возраст которых составил $35,7 \pm 6,3$ лет. В исследование не включались пациенты с сопутствующими эндогенными психическими заболеваниями, а также злоупотребляющие алкоголем и систематически принимающие другие психоактивные вещества. Социальный состав в основном был представлен работающими лицами, имеющими устойчивые доходы. 71% пациентов имели высшее образование. 79% пациентов на момент обследования имели собственные семьи. Наличие наследственной отягощенности алкоголизмом отмечалось у 40% пациентов. К моменту обследования средняя длительность употребления алкоголя составила $8,7 \pm 3,1$ лет. Средняя суточная толерантность равнялась $136,3 \pm 55,7$ гр. чистого этанола ($9,7 \pm 4$ стандартных порций – дринокв). Кроме бессистемной формы употребления спиртного (34%), наблюдалось ежедневное вечернее (45%), а также пьянство по выходным дням (21%). Подавляющее большинство пациентов обратилось за помощью по собственному желанию, при этом в 29% случаев в инициации лечения важную роль играло ближайшее окружение (супруги, родственники, коллеги).

Основными мотивами, побудившими пациентов искать медицинской помощи, были негативные последствия злоупотребления спиртными напитками, затрагивающие семейные отношения и профессиональную деятельность. Пациентов настораживал рост дозировок употребляемого алкоголя, появление измененных форм опьянения с преобладанием раздражительности и агрессии, амнезий опьянения. Эти однажды возникшие и вновь повторяющиеся состояния повышали уровень конфликтности в отношениях с близкими и коллегами, вызывали снижение эффективности в работе. С увеличением стажа злоупотребления алкоголем степень выраженности этих проблем нарастала. 76% больных демонстрировали критическое отношение к возникшим проблемам, но не были готовы к полному отказу от потребления алкоголя, рассчитывая в результате лечения научиться «контролировать дозу». Более глубокое понимание социальных и клинических особенностей пациентов, обращающихся за наркологической помощью на этапе формирования алкогольной зависимости, а также принятие в расчет их мотивации к лечению и ожиданий от него, позволит предложить более эффективные пациент-ориентированные терапевтические подходы для предотвращения развития заболевания.

ИНТЕГРАТИВНАЯ МОДЕЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ ЗАВИСИМОГО ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Приленская А. В., Приленский Б. Ю.

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень,

e-mail: prilensk@mail.ru

Избыточный вес в нашу эпоху – это серьезная угроза для здоровья человеческой популяции. Несмотря на разнообразие подходов к лечению в разных отраслях медицины, количество лиц, страдающих ожирением, неуклонно продолжает расти.

Цель: показать клинические особенности и проследить динамику развития нарушений пищевого поведения и разработать дифференцированную программу психотерапии.

В основу работы легли результаты комплексного исследования 200 пациентов с нарушениями пищевого поведения в процессе использования дифференцированного многоуровневого психотерапевтического комплекса.

Возраст обследованных находился в диапазоне от 18 до 68 лет, средний возраст – $39,45 \pm 0,77$ года, из них 184 женщины (92 %), 16 мужчин (8 %).

Выявленная симптоматика соотносилась с разделами МКБ-10 F5 «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами» с указанием соответствующего второго кода синдрома из рубрики F50 «Расстройства приема пищи».

В работе применялись клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, клинико-катамнестический методы и методы статистической обработки данных.

Большинство обследованных составили лица с пограничными нервно-психическими расстройствами – ПНПР (60,5 % – 121 чел.). Группу лиц с донозологическими нарушениями составляли 48 человек (24,0 %). Аффективные нарушения были выявлены у 31 человека (15,5 %).

Предлагаемая программа включала несколько этапов, позволяющих прорабатывать невротические проблемы на разных уровнях – от поведенческих расстройств до глубокой проработки надличностной проблематики с расширением границ сознания, патологически суженых у аддиктивной личности.

На первом этапе важно было восстановить здоровые пищевые привычки с помощью методов поведенческой психотерапии путем деавтоматизации патологических пищевых паттернов, научению осознанному пищевому поведению с выработкой внутреннего самоконтроля.

Далее в область осознания пациентов мы включали внутриличностную проблематику с использованием психоаналитических методов (трансактный анализ).

Вовлечение тела в область сознания достигалось методами телесноориентированной психотерапии, что при зависимом пищевом поведении нам представляется чрезвычайно важным с учетом специфики этой патологии. Пациенты не только освобождались от мышечного напряжения, но и учились вновь получать мышечную радость, выражать эмоции. В ходе групповой терапии наблюдалось формирование качественно новых, зрелых межличностных отношений в группе и за ее пределами, в том числе – в семье.

Трансперсональная психотерапия с использованием интенсивных дыхательных психотехнологий и достижением состояния измененного (расширенного) сознания позволяла эффективно прорабатывать систему конденсированного опыта глубоких слоев бессознательного пациентов.

Таким образом, предлагаемая интегративная психотерапевтическая модель работы с зависимым пищевым поведением позволяла достичь качественных результатов у большинства пациентов с зависимым пищевым поведением. Считаем целесообразным внедрение интегративной психотерапии в психотерапевтическую практику психиатрических учреждений.

ТЕЛЕСНООРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ПИЩЕВОЙ АДДИКЦИИ

Приленский Б. Ю., Фёдорова И. И.

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень,

e-mail: prilensk@mail.ru

Зависимое поведение – это серьезный вызов свободе человека, представляющий угрозу не только для его здоровья, но и ограничивающий его социально-экономический и политический выбор. Адаптивные возможности зависимого человека уязвимы что приводит к напряжению его механизмов совладания.

Цель исследования: анализ механизмов развития, клинические проявления и коррекция зависимого пищевого поведения.

Методы исследования: клинико-психопатологический, психологический, статистический.

Результаты. Для исследования были отбираны 106 пациентов с нарушениями пищевого поведения, проходивших лечение с использованием телесно-ориентированной психотерапии. Большинство обследованных составили лица с пограничными нервно-психическими расстройствами – ПНПР (60,5 %). Группу лиц с донозологическими нарушениями составляли 24,0 % обследованных. Аффективные нарушения невротического регистра были выявлены у 15,5 % пациентов.

Отмечена определенная стадийность развития зависимого пищевого поведения в виде доклинической стадии формирования аддитивных пищевых реакций, этапа формирования клинических проявлений (гиперфагическая стадия), и этапа булимического развития.

Стратегия психотерапевтической коррекции нарушений пищевого поведения нашла свое отражение в комплексных дифференцированных психотерапевтических программ, разработанных для трех групп пациентов. Первая программа предназначена для пациентов для лиц с психогенным перееданием. Вторая ориентирована на пациентов с нарушениями пищевого поведения по типу аномального пищевого поведения. Третья программа предназначена для пациентов с нарушениями пищевого поведения по типу нервной булимии.

Нами была разработана программа, включающая телесноориентированную психотерапию, которая, по нашему мнению, призвана

на прицельно разрешать базовые противоречия между личностью и отчужденным телом. Традиционное игнорирование в сознании современного человека своей телесности невозможно преодолеть вербальными приемами. Мы считаем, что целенаправленная работа с телом позволяет вернуть пациентам первозданную яркость ощущений, осознать напряжение, отреагировать накопившиеся эмоции и проработать мышечные блоки, препятствующие нормальному протеканию физиологических процессов в организме. Следует подчеркнуть, что, в отличие от вербальных психотерапевтических методов, телесноориентированная терапия позволяет устанавливать контакт с бессознательным пациента.

Длительность дифференцированной групповой телесно-ориентированной психотерапии – составляла от 72 до 144 часов. в зависимости от выявленной разновидности нарушения пищевого поведения. На первом этапе нами ставилась цель достичь осознания пациентами «симптома как защиты» (уровень осознания чувств, способа реагирования; отслеживание эмоций в межличностном взаимодействии; научение более конструктивному способу взаимодействия с окружающими). На втором этапе происходила дальнейшая проработка личных проблем с учетом их истоков в жизненном контексте. Происходило повышение самооценки; формировались адекватное отношение к себе, собственным потребностям; психическая устойчивость; адекватные механизмы психической адаптации и более конструктивное поведение в микросоциуме за счет использования личностных и средовых ресурсов.

Пациенты с нарушениями пищевого поведения после комплексной терапии приближались к практически здоровым лицам по таким параметрам, как алекситимия, реактивная тревожность, социальная фрустрированность, копинг-стратегии, особенности пищевого поведения.

Внедрение методов телесноориентированной психотерапии в практику оказания помощи пациентам с пограничными психическими расстройствами позволит значительно повысить ее эффективность. Считаем целесообразным включение этой методики в комплекс реабилитационных мероприятий для пациентов как в амбулаторной, так и в стационарной сети.

КОГНИТИВНЫЕ МИШЕНИ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПОДРОСТКОВОЙ И МОЛОДЕЖНОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Пуговкина О. Д.

*ФГБУ «НМИЦ ПН» Минздрава России, ФГБОУ ВО МГППУ, г. Москва,
e-mail: olgapugovkina@yandex.ru*

В эпидемиологических исследованиях последних лет данные о распространенности эмоциональных расстройств среди подростков и молодежи колеблются уже на уровне 20-23%. Многофакторный подход к пониманию причин этого явления подразумевает анализ факторов разного уровня – культуральных, семейных, когнитивных и др.

Среди факторов когнитивной уязвимости по отношению к риску возникновения и хронификации аффективных расстройств в последние годы широко обсуждаются дефицит психологической гибкости и склонность к глобализации в восприятии текущих событий и прошлого опыта. В пилотажном исследовании на отечественной выборке подростков (n=65, возраст 15-17 лет) и студентов (n=90, возраст 17-19 лет) мы обнаружили значимую связь данных когнитивных дисфункций с проявлениями эмоциональной дезадаптации и снижением качества жизни и удовлетворенности.

Помимо этих и других когнитивных нарушений, негативную роль играют и просто дисфункциональные культуральные и житейские установки в отношении личной психогигиены эмоциональной жизни, с которыми мы сталкивались при обследовании даже выборки студентов психологического вуза.

Когнитивный уровень факторов прекрасно соотносится с задачами профилактики эмоциональных нарушений, которая может эффективно и экономично осуществляться путем реализации психообразовательных программ, адресованных разным целевым группам.

Например, принципы и методы позитивной психологии и психологии майндфулнесс (осознанности) интенсивно транслируются в жизнь посредством масс-медиа. В ряде стран позитивная психология закреплена организационно как отдельный предмет учебной программы среднего образования. Однако бессистемная и неор-

ганизованная популяризация данных принципов и техник приводит к их обесцениванию и некорректному использованию. Таким образом, можно констатировать необходимость систематизации и разработки доступных ресурсов, через которые можно целенаправленно транслировать соответствующим целевым аудиториям конструктивные установки в отношении психогигиены эмоциональной жизни, а также навыки развития психологической гибкости и способности к конкретно-ситуационной (в противовес глобализированной) оценки текущих и прошлых событий.

ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Распопова Н. И.

*Казахский Национальный медицинский университет им. С. Д. Асфендиярова,
Республика Казахстан, г. Алматы*

В целях изучения этнокультуральных особенностей социальных и клинических факторов, участвующих в формировании суицидального поведения у лиц с психическими расстройствами, было обследовано 550 пациентов психиатрического стационара г. Алматы, госпитализированных в связи с различными формами суицидального поведения. Исследование проводилось с учетом этнической принадлежности пациентов, которая определялась в процессе интервью на основании их самооценки.

Среди обследованных пациентов большинство составили русские и другие представители славянских национальностей – 59,6%, казахов было относительно меньше – 35,7%, а лица других национальностей, в связи с их малой численностью, были объединены в отдельную группу и составили – 4,7%.

Многие из лиц казахской национальности (21,3%) до первичного обращения к психиатрам прибегали к средствам народной медицины. Они лечились у народных целителей – «баксов», обращались к мулле, ездили по «святым местам предков», т.к., следуя народным поверьям, связывали своё душевное неблагополучие и суицидальные мысли с влиянием на них злых духов – «аруахов».

Среди лиц славянских национальностей преобладали женщины (58,8%), суицидальная активность которых преимущественно проявлялась в возрастной подгруппе 51-60 лет. У мужчин славянских национальностей суицидальное поведение наиболее часто проявлялось в возрасте 21-30 лет. Из социальных факторов, снижающих уровень социальной адаптации пациентов славянских национальностей, следует отметить относительно большее число лиц, не имеющих инвалидности и работы – 25%. В структуре психических расстройств у лиц славянских национальностей чаще, чем у лиц казахской национальности, встречались органические психические расстройства и расстройства, связанные со стрессом. Эти больные

обнаруживали большой риск в реализации суицидальных намерений с преобладанием суицидальных попыток путем отравления.

Среди лиц казахской национальности преобладали мужчины (52,6%), суицидальная активность которых проявлялась в возрастном диапазоне 30-50 лет. Суицидальное поведение у женщин-казашек чаще наблюдалось в возрастной подгруппе 41-50 лет. Из факторов, снижающих уровень социальной адаптации, у лиц казахской национальности относительно большее значение имело их семейное неблагополучие. Количество лиц, не вступавших в брак, и разведенных составило 74%. Доля больных шизофренией и шизотипическими расстройствами у лиц казахской национальности была относительно выше, чем у славян – 67,9%. В формах суицидального поведения преобладали антивитальные переживания без тенденции к реализации (42,9%), а суицидальные попытки чаще совершались путем нанесения самоповреждений колюще-режущими предметами (34,7%).

Таким образом, проведенные исследования позволили выявить отдельные социальные и клинические факторы, имеющие приоритетное значение в формировании суицидального поведения у лиц с психическими расстройствами, относящихся к различным этническим группам, проживающим в Республике Казахстан. Эти данные могут быть использованы для разработки этнокультурально ориентированных подходов к профилактике суицидального поведения психически больных, сделать их более целенаправленными и эффективными.

ПСИХОПРОФИЛАКТИКА ДЕКОМПЕНСАЦИЙ ПОГРАНИЧНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ У СТУДЕНТОВ

Романов Д. В.

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара

При обсуждении возможностей лечения психопатий П. Б. Ганнушкин указывал, что «здесь собственно терапевтические мероприятия почти без остатка растворяются в профилактических». Несмотря на определенные успехи, достигнутые за последние десятилетия в области психофармакотерапии расстройств личности, основной акцент в терапии и профилактике декомпенсаций принадлежит психотерапии. В рамках проводимого исследования распространенности пограничного расстройства личности (ПРЛ) в студенческой среде было проведено исследование 674 студентов старших курсов высших учебных заведений. Использовался опросник для скрининга ПРЛ MSI-BPD, для верификации диагноза опросник DIB-R. Производилась также клиническая оценка случаев. Средний возраст обследованных составил $23,4 \pm 6,1$ лет, соотношение лиц женского и мужского пола – 70,8% и 29,2% соответственно. В результате 24 человека (3,56% всей исследованной группы) были квалифицированы как пациенты страдающие ПРЛ. Все выявленные пациенты демонстрировали типичные признаки пограничного расстройства личности – выраженную эмоциональную неустойчивость с перепадами настроения в течение одних суток от эйфории до подавленности или приступов гнева; наличие в течение жизни эпизодической суицидальной активности, самоповреждений; напряженные и конфликтные отношения со значимыми лицами. 66,7% пациентов подтвердили наличие депрессивных и субдепрессивных эпизодов в течение жизни. Никто из пациентов ранее не обращался к психиатру и не получал психофармакотерапии или психотерапии. 75% пациентов дали согласие на проведение курса индивидуальной психотерапии. Алгоритм психотерапии включал работу по поддержанию и укреплению рабочего альянса и профилактике прерывания терапии; выявление дихотомического и парадоксального мышления и преодоление когнитивных ошибок; обучение идентификации аффекта, совладанию с аффектом, сдерживанию

абреакций; поддержание системы регуляции самооценки пациента; нацеленность на исследование отношений и их динамики для предотвращения развития циклов «идеализации/обесценивания». В результате проведенного лечения у пациентов отмечалось улучшение эмоциональной регуляции, устойчивости к отвержению и рост самопонимания.

Также была разработана программа психопрофилактики декомпенсаций и динамических сдвигов для пациентов с ПРЛ. Программа включает в себя проведение индивидуальной психообразовательной беседы и заключение договоренности об обращении за психиатрической/психотерапевтической помощью. Пациентов знакомят с содержанием термина пограничное расстройство личности и ведущих клинических проявлений расстройства. Акцент обсуждения делается на повышенной эмоциональной чувствительности и уязвимости, приводящей к потере самоконтроля и разрушительным действиям. Указывается на значение реакций эскалации обиды и «самовзвинчивания». Отмечается связь между расстройством и разрушительным поведением в отношениях. Пациенты информируются о высоком риске развития депрессии и суицидальных действий, а также о ранних признаках развития депрессивного состояния. Проводится беседа для снижения страха самостигматизации и реакций самоуничтожения, препятствующих самостоятельному и эффективному обращению за психиатрической/психотерапевтической помощью. Достигается соглашение о ключевых симптомах, свидетельствующих о необходимости обращения, а также дается конкретная рекомендация по обращению к специалисту.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ СКРИНИНГ-ДИАГНОСТИКИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Руженков В. А., Руженкова В. В.

*ФГАОУ ВО Белгородский государственный национальный исследовательский университет, г. Белгород,
e-mail: ruzhenkova@bsu.edu.ru*

В связи с ростом заболеваемости и высоким уровнем болезненности пограничными психическими расстройствами и психосоматической патологией, требуется создание инструмента ранней диагностики для решения задач первичной и вторичной психопрофилактики.

Цель исследования – разработка методики для ранней скрининг диагностики пограничных психических расстройств в форме письменного структурированного интервью с использованием клинических критериев МКБ-10.

Материал и методы. Для создания клинического опросника использовались клинические критерии диагностики непсихотических психических расстройств, принятые в отечественной психиатрии в соотнесенности с МКБ-10 (исследовательские критерии). Кроме того, включались вопросы из широко известных, валидных и надежных шкал (HADS, симптоматический опросник SCL-90-R, опросник «Panic Screening Questions Wayne Katon», Social Phobia Inventory Scale, субъективная шкала оценки астении – MFI-20, опросник «GAD-7», шкала Йеля-Брауна для оценки симптомов обсессивно-компульсивного расстройства и ряд других).

В результате был создан «Клинический опросник скрининг-диагностики непсихотических психических расстройств», выявляющий с ранжированием по степени выраженности более 40 синдромов. Среди них следующие: астения, расстройства внимания, вегетативные нарушения, тревога, депрессия, агорафобия, панические приступы, ипохондрия, дисморфофобия, генерализованное тревожное расстройство, специфические (изолированные) фобии, обсессивно-компульсивное расстройство, социальные фобии, соматоформная вегетативная дисфункция (4 типа), конверсионные симптомы, дисфории, подозрительность, расстройства сна (5 ти-

пов), симптомы неврастении, дистимии, деперсонализация, дереализация, признаки резидуально-органического поражения ЦНС, обмороки, судорожные пароксизмы, злоупотребление алкоголем и др. Кроме того, верифицируется отношение респондента к имеющимся расстройствам (самооценка своего психического статуса) и необходимости обращения к специалистам по проблемам психического здоровья.

Проверка теста на клиническом материале (44 пациента отделения пограничных психических расстройств) при помощи альфа Кронбаха (0,983) показала высокий уровень внутренней согласованности вопросов теста. Повторное тестирование выявило высокий уровень прямой корреляционной зависимости результатов первичного и повторного тестирования (в диапазоне от $r = 0,717$ до $r = 0,819$).

Клиническое соотношение результатов тестирования с данными клинико-психопатологического исследования показали высокую степень соответствия. Более того, тест позволят эффективно дополнять результаты клинико-психопатологического исследования и выявлять коморбидные взаимосвязи. При помощи созданного теста нами обследовано более 300 студентов. Клинический анализ показал, что при помощи теста имеется возможность выявления как субклинических, так и клинических форм пограничных психических расстройств. Поэтому тест может быть рекомендован для скрининговых исследований, а также применяться в соматической практике для выявления пациентов, нуждающихся в консультации врача психиатра.

Следует подчеркнуть, что разработанный тест пригоден только для обследования респондентов готовых на клиническое обследование (обратившихся добровольно, либо заинтересованных в обследовании своего психического статуса). Для решения экспертных задач тест не предусмотрен.

УЧЕБНЫЙ СТРЕСС И ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ (ТРАНСКУЛЬТУРАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Руженкова В. В.

*ФГАОУ ВО Белгородский государственный национальный исследовательский университет, г. Белгород,
e-mail: ruzhenkova@bsu.edu.ru*

Обучение в медицинском вузе относится к числу напряженных в эмоциональном плане видов труда, что отражается на уровне психического и соматического здоровья студентов. Особенно это касается студентов, приезжающих из других стран, т. к. они вынуждены адаптироваться и к новым условиям.

Цель исследования – разработка рекомендаций по психопрофилактике психологических последствий учебного и миграционного стресса у российских студентов и обучающихся из стран Ближнего Востока и Индии.

Материал и методы. На первом месяце обучения на 1 курсе медико-социологическим и психометрическим методами обследовано 100 русскоязычных студентов (1 группа) и 84 иностранных, обучающихся на английском языке (2 группа). Применялись непараметрические статистические методы.

Трудности в адаптации в первые месяцы обучения были более значимыми ($p < 0,01$) у иностранных студентов – они оценивали их в $50,5 \pm 24,1$ баллов по 100-балльной шкале, чем у русских студентов – $33,3 \pm 22,0$ баллов. При этом, наибольшие сложности в адаптации для студентов первой группы создавала незнакомая территория города (55%), а для второй – языковой барьер (47,6%), непривычная пища (32,1%), перемена климата (25%) и негативное отношение со стороны окружающих (19%). В первые месяцы адаптации в новых условиях на наличие суицидальных мыслей указали 17% студентов первой и 44% – второй группы ($\chi^2 = 14,8$ $p = 0,0007$).

Большинство студентов спали менее 7 часов в будни – 86% русскоязычных и 73% иностранных. Русскоязычные студенты дольше ($\chi^2 = 5,30$ $p = 0,021$) готовятся к занятиям, чем иностранные: 5 и более часов – соответственно 55% и 36,9%.

Для иностранных студентов особое стрессогенное значение имели жизнь вдали от родителей, нерегулярное питание, конфликты в группе, проблемы в личной жизни, страх перед будущим, стеснительность, а также разочарование в профессии. В то же время для русскоязычных студентов наибольшее значение имели большая учебная нагрузка и необходимость длительной подготовки к занятиям.

В целом, структура и степень выраженности учебного стресса одинакова у студентов обеих групп, и ведущими симптомами были подавленное настроение, тревога, рассеянность внимания, нарушения сна, снижение самооценки.

Для преодоления учебного стресса, студенты первой группы чаще употребляют алкогольные напитки ($p = 0,005$), а второй – курят табак ($p = 0,005$), смотрят телевизор ($p = 0,0001$), пропускают занятия ($p < 0,0001$), играют в компьютерные игры ($p < 0,0001$) и принимают лекарства ($p = 0,004$).

По выраженности усталости, а также ее влиянию на активность, русские студенты превосходили иностранных. Несмотря на то, что по уровню общего здоровья студенты иностранцы превосходят русскоязычных ($\chi^2 = 10,2$ $p = 0,0023$), у них чаще ($\chi^2 = 5,17$ $p = 0,023$) наблюдаются симптомы социофобии (соответственно 45% и 28%). Распространенность и тяжесть симптомов депрессии у студентов обеих групп одинаковы (34% студентов 1й группы и 32,1% – второй), но тревога больше выражена у иностранных студентов: клинически значимая тревога обнаруживалась у 16% русских и 30,9% иностранных студентов ($\chi^2 = 4,97$ $p = 0,026$).

Таким образом, требуется обучение студентов грамотному планированию времени, оптимальной работе с литературой, информирование о здоровом образе жизни с учетом биоритмов, режима дня и конструктивным способам преодоления стресса, что будет способствовать улучшению их адаптационных возможностей и повысит стрессоустойчивость.

НОВЫЕ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА: СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

Рыбакова Л. Н.

*Федеральный научно-исследовательский социологический центр РАН,
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава России, г. Москва,
e-mail: laryb@mail.ru*

Появление «новых психоактивных веществ» в мире состоялось согласно ожиданиям. В конце 1980-х в германских СМИ публиковались экспертные заключения о грядущей «волне синтетических наркотиков». В 2000-х зарубежные исследователи обнаруживали признаки появления новой социальной нормы – быть в состоянии опьянения, алкогольного или наркотического, в местах массового отдыха. Факты «альтернативной наркополитики» в Германии и Великобритании выявляют высокую степень толерантности в отношении наркозависимости (лечение метадоном и героином, кооперативы по совместному производству и употреблению марихуаны, комнаты для инъекций принесенного с собой наркотика, услуги по проверке качества экстази на пороге клуба и т. п.). «Новые психоактивные вещества» соединили в себе два главных потребительских свойства, которые обеспечили «прорыв»: простота формы употребления и легальный статус, обеспечивающий доступность. Рынок наркотических средств направил свои усилия на удовлетворение потребности больших групп населения в легком и быстром состоянии счастья – в условиях социально-экономических кризисов, волн миграции, напряжения дегуманизированных информационных технологий и агрессивного темпа будней. Возросли требования к адаптивным возможностям человека и умножились риски бытового поведения. На этом фоне естественным образом включаются защитные механизмы психики, одним из которых является поиск ниши, создание передышки, пауза. По мере накопления общественного богатства (как предсказывал К. Маркс) сокращается объем физической трудовой деятельности, увеличивается доля офисного «производства», растет ценность свободного времени как общественного достояния. Мы свидетели того, как на месте заводских территорий строятся торгово-развлекательные центры. На-

селение на вопрос о мерах борьбы с наркоманией все чаще указывает на необходимость развития инфраструктуры досуга.

Спрос на одурманивание как поиск «форточки» в напряженных буднях, заполненных нетворческой нелюбимой работой, связан с изменением структуры рабочих мест, с качеством образования, с угасанием нормальной жизнедеятельности населенных пунктов за границами мегаполисов и усилившейся миграцией в крупные города. В результате – разрыв семейных связей, обезличенное существование на съемной квартире в поисках «фарта», невозможность планировать будущее, которые среднего молодого человека делают маргиналом. Можно говорить о «естественном отборе» по признаку адаптивных способностей индивида в отрыве от социальных и семейных ресурсов.

С другой стороны, с точки зрения предложения, «новые психоактивные вещества» позволяют индивиду воспользоваться социально неодобряемыми средствами «передышки», которые связаны – в будущем (!) – с рисками для индивидуального здоровья и судьбы. Проблема в том, что выживанию в сложных условиях индивид не обучен и может рассчитывать только на собственные ресурсы. Профилактика как информирование о рисках оказывается недостаточной. Знание должно быть поддержано установкой и поведением.

ЛОНГИТЮДНАЯ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КОГНИТИВНОГО СНИЖЕНИЯ В КОГОРТЕ ЛИКВИДАТОРОВ АВАРИИ НА ЧАЭС

Рыжова И. А.

*МНИИП – филиал ФГБУ «МНИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России,
г. Москва,
e-mail: super.strikis@yandex.ru*

Нейропсихологические исследования, регулярно проводившиеся в когорте ликвидаторов, были основаны на традиционном для русской нейропсихологической школы подходе с применением так называемых «луриевских» нейропсихологических методов и методик, предполагающих количественную и качественную оценку данных исследования с целью выявления глубинных факторов, связанных с психологическими и биологическими патогенетическими механизмами развития заболевания. Симптомокомплекс когнитивного дефицита в когорте ликвидаторов, как правило, феноменологически соответствует полиэтиологичному психоорганическому синдрому, проявляясь снижением памяти, некоторым ослаблением интеллектуальных способностей, аффективными нарушениями. Особенностью снижения памяти является его избирательный характер как следствие системных неспецифических астенических явлений, развившихся в результате цереброваскулярной патологии: преобладание мнестических нарушений в слухоречевой модальности над зрительной; сужение объема кратковременной механической памяти, участвующей в удержании и переработке текущей информации, вследствие нестойкости, слабой консолидации мнестических следов; компенсация нарушений механической памяти за счет ассоциативной памяти, требующей осмысления и логической структуризации информации. Феноменология интеллектуально-мнестического снижения в когорте ликвидаторов дополняется симптоматикой уменьшения толерантности к физическим и умственным нагрузкам, обеднения речи в силу ослабления ее номинативной функции, отчасти происходящего из-за характерных мнестических нарушений, обозначаемых как амнестическая афазия. Тем не менее, по прошествии тридцати лет с момента аварии на ЧАЭС настораживает факт появления в когорте ликвидаторов

все большего числа случаев «истинной» деменции с преобладанием распада высших интегративных функций, в том числе операциональных механизмов мышления, что требует дальнейшего пристального научного изучения и оценки. С этой целью необходимо будет сопоставить данные, полученные в когорте ликвидаторов, с контрольной группой испытуемых.

СВЯЗЬ ОТДЕЛЬНЫХ АСПЕКТОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГИБКОСТИ И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ У СТУДЕНТОВ

Ряузова Е. С., Пуговкина О. Д.

*ФГБУ «НМИЦ ПН» Минздрава России, ФГБОУ ВО МГППУ, г. Москва,
e-mail: olgapugovkina@yandex.ru*

Согласно эпидемиологическим данным последних лет распространенность эмоциональных нарушений среди подростков и молодежи колеблется уже на уровне 20-23%. Среди факторов когнитивной уязвимости по отношению к риску возникновения и хронификации аффективных расстройств в последние годы широко обсуждается дефицит психологической гибкости.

В подходах к пониманию психологической гибкости выделяют ее отдельные аспекты: когнитивная гибкость в общем познании (способность к саморегуляции и исполнительские функции), вариативность в социальном познании, способность к безоценочному восприятию опыта (майндфулнесс). В литературе обсуждается вопрос соотношения этих аспектов и их биологических коррелятов, а также возможности развития психологической гибкости посредством тренировки отдельных ее аспектов. Техники психотерапии и психопрофилактики, основанные на идее развития психологической гибкости, признаны как лечения аффективных. Техники майндфулнесс (осознанности), составляющие один из аспектов позитивной психологии, широко внедряются в практику образования и охраны психического здоровья в ряде стран (Австралия, Китай и др.).

В нашем пилотажном исследовании психологической гибкости в выборке студентов ($n = 90$, возраст 17-19 лет) была отмечена значимая связь снижения гибкости (майндфулнесс, измеряемой с помощью самоотчетной шкалы MAAS – Mindfull Attention Awareness Scale, адаптирована в русскоязычной популяции) с проявлениями эмоциональной дезадаптации ($r = 0.52$, $p = 0.00$; скрининговая шкала выраженности симптомов тревоги и депрессии HADS) и снижением качества жизни и удовлетворенности ($r = 0.42$, $p = 0.001$; самоотчетная шкала QLESQ – Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, адаптирована в русскоязычной популяции).

При этом корреляций между отдельными проявлениями гибкости при использовании экспериментального (тест Струппа) и самоотчетного (шкала МААС) методов не было обнаружено.

Можно, таким образом, полагать, что с уровнем эмоционального благополучия и удовлетворенности жизнью в большей степени связана гибкость в социальном познании, которая проявляется, в частности, в способности к безоценочному принятию опыта, сосредоточению на конкретных ситуативно важных жизненных обстоятельствах и переключению внимания. Формально-динамический аспект гибкости – качество концентрации внимания в частном экспериментальном задании не обнаруживает такой связи с показателями психологического благополучия.

Результаты представляются значимыми для разработки мишеней неориентированных программ психопрофилактики эмоциональных нарушений. Полученные данные соотносятся с идеей об относительной независимости проявлений гибкости в общем и социальном познании, а также о важности учета метода сбора данных – экспериментального и самоотчетного.

ПСИХОПРОФИЛАКТИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЛИЧНОСТИ СПОРТСМЕНА

Самойлов Н. Г., Алёшичева А. В.

*ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет
им. академика И. П. Павлова», г. Рязань,
e-mail: ANnamona@yandex.ru*

В настоящее время психологическое здоровье рассматривается как встроенная в личность часть, развивающаяся с ней в соподчинённых отношениях. Поэтому условием сбережения психологического здоровья выступает способность человека к балансированию между адекватным отношением к общественным нормам и собственными потребностями и желаниями.

Дисбаланс между частями системы «общество-личность», чрезмерное усиление и гиперактивизация функций одной из них приводит к ослаблению другой, что, вызывает ухудшение психологического здоровья. Особенно ярко это проявляется у спортсменов высокой квалификации, у профессионалов вынужденных лишать себя обычных житейских радостей: не так как все есть, пить, дышать и постоянно держать себя в жестких требованиях к себе самому. Такая многолетняя фрустрация, сопровождаемая постоянными психологическими перенапряжениями и утомлениями психики, приводит к увеличению степени проявления ригидности и депрессии, значительному снижению социальной адаптации, что расценивается как значимый показатель ухудшения психологического здоровья. Иногда демонстрируемые спортсменами высокого класса эмоциональные «вспышки», например раздражительность, вербальная агрессивность и другие общественно неприемлемые формы поведения, являются следствием не только утомления психики, эмоционального выгорания, профессиональной деформации, но и обострением противоречий между внешними условиями и внутренним миром их личности. Такое несоответствие, в субъективном отражении спортсменом окружающей действительности следует трактовать как истоки, первопричины нарушений его психологического здоровья.

Как известно, спортсмены для допуска к соревнованиям проходят медицинское обследование и получают разрешение в них

участвовать при заключении «здоров». В таком случае психиатры не считают их психически больными, т. е. патологии психики у них нет, хотя имеются нарушения психологического здоровья и организации личности. Таким образом, учитывая выше сказанное можно согласиться с выражением Б. С. Братуся: «психически здоров, но личностно болен», т. е. у них есть нарушения психологического здоровья без диагностируемых изменений на уровне психического здоровья.

Изучение психологического здоровья имеет психопрофилактическое значение и в его сбережении потому, что анализу подвергаются внутренние субъективные переживания личностью своего состояния, самооценки его с позиции субъективной, свойственной именно данному индивидууму нормы и самозаключения: здоровя или болен.

Вывод. Психопрофилактическую роль в сбережении психологического здоровья спортсмена может выполнять изучение не патологических изменений его психики (это область деятельности психиатров), а собственно психологических, анализ наличия которых в практике спорта позволяет диагностировать предболезненные состояния, вследствие чего, соответственно, появляется возможность своевременной их коррекции и недопустимости перехода к болезни.

НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И АДДИКЦИИ У СТУДЕНТОВ РАЗНЫХ ТИПОВ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

Сахаров А. В., Тимкина О. А.

Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

e-mail: sawt@list.ru

В настоящее время в России, как и в Забайкальском крае, сохраняются высокими показатели потребления психоактивных веществ, агрессивности и суицидального поведения среди подростков и молодежи. При этом контингент студенческой молодежи является в этом отношении особым, т. к. специфические условия трудовой деятельности, быта и образа жизни студентов отличают их от всех других категорий населения и делают эту группу чрезвычайно уязвимой в социальном плане, подверженной воздействию негативных факторов общественной жизни.

Цель работы: изучение частоты встречаемости невротических расстройств и потребления психоактивных веществ у студентов разных типов технических учебных заведений (начального, среднего профессионального и высшего образования).

Материал и методы. Сплошным методом было проведено анкетирование и психологическое обследование 744 студентов технических учебных заведений разного типа города Читы: получающих начальное профессиональное образование (НПО) было 179, среднее специальное образование (СПО) – 420, высшее профессиональное образование (ВПО) – 145 (1 курс, один факультет). Половозрастной состав обучающихся был сопоставим. Частота невротических расстройств определялась с помощью клинического опросника К. К. Яхина и Д. М. Менделевича. Степень алкоголизации оценивалась при помощи анкеты-опросника Л. Т. Морозова и теста «AUDIT» (ВОЗ). Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета анализа Microsoft Excel. Достоверность различий определялась по *t* критерию Стьюдента.

Результаты. При анализе результатов по тесту Яхина-Менделевича установлено следующее: невротические расстройства были диагностированы у 31,3% (56) студентов НПО, у 36,4% (153) студентов СПО и у 37,2% (54) студентов ВПО. Предболезненные невротические состояния имелись у 13,4% (24) обучающихся в училище,

у 22,9% (96) обучающихся в колледже ($p < 0,01$) и у 20,0% (29) обучающихся в вузе. Отсутствовали признаки невротических нарушений у 55,3% (99), у 40,7% (171) ($p < 0,001$) и у 42,8% (62) ($p < 0,02$) учащихся каждой группы соответственно.

Болезненные изменения по шкале тревоги выявлены у 15,1%, 16,4% и 18,6% студентов соответственно; по шкале невротической депрессии – у 15,1%, 13,3% и 21,4%; по шкале астении – у 5,0%, 8,3% и 12,4%; по шкале истерии – у 17,9%, 12,6% и 20,7%; по шкале обсессивно-фобических нарушений – у 17,3%, 17,9% и 24,8%; по шкале вегетативных нарушений – у 11,7%, 10,5% и 17,2% студентов соответственно.

Установлено, что курящими являются 52,5% учащихся НПО, 41,4% ($p < 0,02$) учащихся СПО и 20,7% ($p < 0,001$) учащихся ВПО. Пробовали наркотические вещества, преимущественно производные конопли, 27,4% студентов училища, 23,3% студентов колледжа и 16,6% ($p < 0,02$) студентов вуза. Структура алкоголизации обучающихся выглядела следующим образом: абстиненты – 38,6% в НПО, 48,1% в СПО и 52,4% в ВПО; случайно пьющие – 24,0%, 25,4% и 19,3%; ситуационно пьющие – 22,3%, 19,5% и 19,3%; систематически пьющие – 10,1%, 5,0% и 7,6%; привычно пьющие – 2,8%, 1,0% и 1,4%; синдром зависимости от алкоголя – 2,2%, 1,0% и 0% соответственно. Т.е. наркологическая патология, вызванная алкоголем, установлена у 15,1% студентов ПТУ, 7,0% ($p < 0,01$) студентов колледжа и у 9,0% студентов вуза, преимущественно за счет употребления алкоголя с вредными последствиями.

Установлено, что тревожные, депрессивные, истерические, обсессивно-фобические и вегетативные расстройства чаще встречаются в группе студентов, злоупотребляющих алкоголем, чем среди не злоупотребляющих.

Заключение. В проведенном исследовании выявлено, что каждый третий студент имеет оформленные невротические расстройства, при этом у обучающихся вуза присутствует высокая коморбидность между разными типами невротических нарушений. Также обращает на себя внимание довольно высокая частота химических аддикций у студентов, особенно неблагоприятная ситуация регистрируется в учебном заведении начального профессионального образования. Полученные результаты должны учитываться при ор-

ганизации дифференцированной профилактической работы в зависимости от типа образовательного учреждения.

ОПЫТ СОЗДАНИЯ И РАБОТЫ КАБИНЕТА МИКРОПСИХИАТРА

Селянина М. Н.

*ГБУЗ «Областной психоневрологический диспансер» г. Тверь,
e-mail: mselyanina@mail.ru*

В последние десятилетия отмечается неуклонный рост психических расстройств и инвалидности по психическим заболеваниям в детской популяции.

В 2010 году с целью ранней диагностики, лечения, проведения коррекционных мероприятий с первых этапов возникновения заболевания, а также психопрофилактики психофизического и психоневрологического здоровья ребенка раннего возраста в структуре детско-подросткового поликлинического отделения создан кабинет микропсихиатра. Кабинет также является методическим центром повышения уровня знаний по выявлению психических расстройств у детей раннего возраста.

С 2010 года число детей раннего возраста с различной патологией увеличилось в 3,5 раза с 224 до 779 человек в 2017 году. При этом количество детей с расстройством аутистического спектра (РАС) выросло в 3 раза с 24 человек в 2010 г. до 74 человек в 2017 г. В целом за данный период диагноз РАС в раннем возрасте был установлен в 187 случаях, причем в возрасте от 2 до 3 лет расстройство диагностировано в 79,7% случаях. Соотношение числа мальчиков к числу девочек с РАС составляет 2,4:1. В 2,7 раза увеличилось количество детей с органическим поражением головного мозга, в 2,3 раза – с задержкой психо-речевого развития, в 2,6 раза – с умственной отсталостью, в 6,3 раза – со специфическим расстройством речи. Соотношение общего количества девочек к мальчикам раннего возраста не меняется (в пределах между 1:2,2 и 1:2,3).

Комплексная полипрофессиональная помощь детям раннего возраста, а также их семьям, оказывается специалистами: психиатром, психотерапевтом, клиническим психологом, логопедом-дефектологом, социальным работником, физиотерапевтом. На основании клиничко-нозологической оценки состояния ребенка, факторов риска и ограничения проведение коррекционных мероприятий, оценки высших психических функций, эмоциональной сферы,

изучения взаимодействия всех членов в семье, где воспитывается ребенок, определения реабилитационного потенциала, психиатром совместно со специалистами разрабатывается индивидуальная программа медико-психосоциальной помощи, реализуемая в условиях поликлинического отделения и вне его.

Особое внимание уделяется психообразовательной работе с родителями (опекунами). Цель – формирование адекватного отношения родителей и членов семьи к болезни ребенка, активное вовлечение родителей в терапевтический процесс, снижение стигматизации и эмоциональной напряженности родителей (тренинги, психотерапия, психообразование), выявление проблем детско-родительских отношений в семьях, а также неблагоприятных социальных факторов и их коррекции для успешного результата реабилитационных мероприятий.

Таким образом, формирование специализированной комплексной помощи детям раннего возраста, а также их семьям, является обоснованным и важным для снижения в детской популяции числа психических заболеваний и инвалидности, для улучшения социальной адаптации детей и их семей.

ДИНАМИКА НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ПАЦИЕНТОВ КРИЗИСНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ

Семенова Е. В.¹, Паршин А. Н.², Еденова А. Н.³

ГКБ им. А. К. Ерамишанцева¹,

Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского»²,

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского»³

Актуальность. Суицидальное поведение важнейшая человеческая проблема, осознаваемая во всем цивилизованном мире, и в нашей стране в частности. Количество самоубийств считается показателем уровня социального благополучия общества.

Цели и задачи. Для выработки адекватной стратегии в предупреждении и психокоррекции суицидального поведения необходимо понимать произошедшие изменения в нозологической структуре суицидентов.

Материалы и методы. Для исследования данного вопроса использовались статистические карты стационарного больного за период с 2007 по 2017 г. Обработка проводилась с помощью специальной программы TERPINS 9.

Результаты. Была получена динамическая картина распределения контингента пациентов кризисного отделения (КО) по нозологии. Оно осуществляет неотложные биопсихосоциальные вмешательства и помощь лицам с риском суицидального поведения (СП). Отделение работает в составе крупной многопрофильной больницы в режиме открытых дверей. Возможна госпитализация подростков с 16 лет. Причиной отказа в госпитализации обычно служат тяжелые соматические заболевания, наркомания и алкоголизм, а также острые психотические состояния.

Большинство (> 80%) пациентов КО – лица трудоспособного возраста. За 10 лет их общее количество возросло: в 2007 г. оно составляло 741 человек, в 2017г – 916 человек при сокращении длительности госпитализации: с 23,3 в 2007г до 15,5 в 2017. Преобладают расстройства невротического уровня, относящиеся к рубрике F4 МКБ-10 (в 2007 и 2017 гг. 55 и 34% соответственно). Относительное уменьшение ситуационных реакций не говорит об их заметном снижении. Выставляется более тяжелый диагноз, который не исключает

ет наличия ситуационной реакции, а свидетельствует об ухудшении психического здоровья населения. В последние 5 лет вдвое увеличились доли расстройств шизофренического спектра (F2), особенно шизотипического расстройства (до 10%), а также психических расстройств органической природы – на 98%.

Выводы. Полученные результаты позволяют говорить о произошедших изменениях в нозологической картине, главным образом, в плане ухудшения психического здоровья населения, что требует внесения коррекции в стратегию и тактику ведения суицидальных пациентов, как в плане фармакотерапии, так и в плане психотерапии.

Следует заметить, что КО на базе Московской больницы № 20 является уникальным. Сюда обращаются лица с преимущественно пограничным уровнем психических расстройств и с ситуационными реакциями. которые То есть, это тот контингент, который не доходит до традиционных психиатрических учреждений, если обращается, то к психотерапевтам и врачам интернистам. Таким образом, проблема представляет интерес для самого широкого круга специалистов.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Семенова Н. Д., Качаева М. А.

*ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва,
e-mail: niyami2020@gmail.com*

Проблемы психического здоровья женщин в настоящее время выделяют в отдельное направление исследований и клинической практики. Еще в 1999 году лидеры изучения данной проблематики из Европы, Азии, Африки, Северной и Южной Америки и Австралии инициировали движение, в фокусе которого – психосоциальные, культурные и средовые факторы, вносящие вклад в психическое здоровье женщины. В нашей стране академик Т. Б. Дмитриева, будучи министром здравоохранения Российской Федерации (1996-1998), неоднократно высказывала свои соображения на предмет того, чтобы, в контексте охраны здоровья населения, проблему психического здоровья женщины – в ее междисциплинарном развороте – выделить в отдельное направление. Данная область ассимилирует, осваивает, практически перерабатывает достижения и опыт ряда наук. В этом смысле, проблема психического здоровья женщины нечувствительна к границам между дисциплинами, и в анализе данных исследователь выходит за пределы своей узкой профессиональной области и рассматривает предмет в более широком контексте. Российскими специалистами накоплен большой материал по данной проблематике. Исследования охватывают биологические, социальные и личностные факторы, влияющие на психическое здоровье женщины.

Единую панораму исследований и клинических разработок можно представить двумя взаимосвязанными разделами: 1. Структурные составляющие деятельности («наука», «клиника», «образование», «социально-просветительская деятельность»); 2. Направления деятельности, перекликающиеся с выделенными международным сообществом в качестве ключевых в разработке проблемы женского психического здоровья. Речь идет, прежде всего, о Стратегии Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в отноше-

нии психического здоровья женщин, о международных подходах в предупреждении домашнего насилия. Речь также идет о документах, недавно представленных Всемирной психиатрической ассоциацией (ВПА): Положение ВПА о насилии со стороны полового партнёра и сексуальном насилии в отношении женщин, а также Международная программа ВПА для специалистов служб охраны психического здоровья по теме «Насилие со стороны полового партнёра и сексуальное насилие в отношении женщин». В докладе будут представлены цели данной программы, перечень компетенций для каждой из обучающихся групп (студенты-медики, психиатры-интерны, врачи-психиатры), а также большая подборка вспомогательных материалов или «ресурсов».

Ресурс 1 – Руководство ВОЗ: Охрана здоровья женщин, подвергшихся насилию со стороны полового партнёра или сексуальному насилию – Руководство по клиническому ведению – Клинический справочник. Ресурс 2 – Аннотации ключевых исследований, ссылки на монографии, методические пособия и справочники, дополнительные учебные материалы. Ресурс 3 – Слайды по темам «Насилие в отношении полового партнёра» и «Сексуальное насилие». Ресурс 4 – Краткие описания случаев и руководство по клиническому разбору данных случаев. Ресурс 5 – Обучающие видеоматериалы. В целом, охрана психического здоровья женщины должна основываться на гендерно-сензитивном подходе в деле охраны здоровья, сбережения здоровья и медико-психологического сопровождения женщины.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Сергеева Е. А., Васильев В. В.

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Лица, страдающие психическими расстройствами, составляют одну из важнейших групп суицидального риска. Одним из наиболее распространенных видов психической патологии являются органические психические расстройства (раздел F0 МКБ-10). Между тем, особенности суицидального поведения больных данными расстройствами остаются малоизученными. В этой связи целью нашего исследования явилось всестороннее изучение особенностей суицидального поведения при органических психических расстройствах. Исследование проводилось на базе Республиканской клинической психиатрической больницы МЗ Удмуртской Республики (г. Ижевск). Был проведен анализ распространенности завершенных суицидов среди страдающих органическими психическими расстройствами пациентов указанной больницы за период с 2005 по 2015 гг., кроме того, углубленно обследованы 133 пациента с указанным видом психической патологии, имеющие в клинической картине суицидальные проявления. В качестве методов исследования выступали эпидемиологический метод, клинический метод и метод «психологической аутопсии».

В результате проведенного исследования было установлено, что органические психические расстройства являются самым распространенным диагнозом у психиатрических пациентов, совершающих самоубийства. Средняя частота завершенных суицидов среди больных органическими психическими расстройствами за исследуемый период составила 51 на 100 тыс., что в два раза выше соответствующего показателя для общей популяции. Были выявлены социально-демографические и клинические факторы суицидального риска для лиц, страдающих органическими психическими расстройствами: женский пол, старческий возраст, социальный статус пенсионера по возрасту или безработного, вдовство, непсихотический уровень психических расстройств, дебют психического расстройства в молодом возрасте, депрессивный, сенесто-ипохон-

дрический и тревожно-фобический синдромы в качестве ведущих в клинической картине, наличие сопутствующих сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Анализ общих закономерностей формирования суицидального поведения больных органическими психическими расстройствами с позиций интегративной концепции суицидального поведения Б. С. Положего позволяет говорить об особой значимости для этого процесса клинических детерминант I ранга и детерминант II ранга.

Также были установлены особенности клинических проявлений суицидального поведения, характерные для рассматриваемой категории больных. К ним относятся равная склонность к аффективно напряженному и аффективно редуцированному типам пресуицида, типичная продолжительность пресуицида от суток до месяца, склонность к аналитическому типу постсуицида, преобладание реальной обусловленности суицидогенного конфликта, «призыв» в качестве типичного мотива суицидального поведения, пик недельного цикла суицидальной активности, приходящийся на вторник, и суточного ее цикла, приходящийся на вечерние часы, повешение как типичный способ суицидальных действий у мужчин и отравление – у женщин, более «диалогический» характер суицидального поведения у женщин в сравнении с мужчинами. Знание описанных особенностей суицидального поведения больных органическими психическими расстройствами представляется важным с точки зрения разработки дифференцированных подходов к профилактике самоубийств при данном виде психической патологии.

ПСИХОПРОФИЛАКТИКА В ПСИХИАТРИИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Серебровская О. В., Скипетрова Л. А., Стародубцев С. В., Черемин Р. А.

*ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации
Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва,
e-mail: Olga_srb@mail.ru*

Актуальность. При очаговых поражениях мозга, возникающих вследствие инсультов, черепно-мозговых травм, опухолевых процессов, помимо неврологической симптоматики, отмечается ряд психопатологических синдромов. Высокий риск развития «лобно-го», депрессивного, амнестического синдромов, приводящих к де-социализации пациентов, обуславливают актуальность изучения возможности проведения и эффективности психопрофилактических мероприятий.

Материалы и методы. Исследование проведено путем анализа случаев очагового поражения головного мозга сосудистого и травматического генеза. Общее число наблюдений – 175 (средний возраст $45,7 \pm 3,2$ года, мужчин – 121 чел., женщин – 54 чел.). Критерием отбора случаев для анализа явилось наличие депрессивной симптоматики при первичной госпитализации. Использован клинический и катamnестический методы.

Результаты и их обсуждение. У всех наблюдаемых больных выявлялись аффективные, когнитивные и мнестические нарушения разной степени выраженности. Потенциально угрожающие жизни антивитаьные и несистематизированные суицидальные мысли с идеями собственной ненужности и несостоятельности на фоне устойчиво сниженного настроения преимущественно отмечались у пациентов с органическим аффективным расстройством (F06.3), органическим тревожным расстройством (F06.4), органическим эмоционально-лабильным расстройством (F06.5), что явилось основанием для включения их в группу, приоритетную в плане изучения вторичной психопрофилактики. Пациенты этой группы (n = 86) получали психотерапевтическую и психологическую помощь в виде индивидуальных и групповых занятий на госпитальном этапе помощи, пациенты второй группы (n = 89) – только лечебные мероприятия. Среди основных видов воздействия, применявшихся

на госпитальном этапе, были рациональная психотерапия психотерапия (90,5% больных), коммуникативные тренинги (95% больных) и релаксирующие методики (83,5%). В дальнейшем был проведен анализ динамики депрессивных состояний после психотерапевтического вмешательства.

При катamnестическом исследовании (спустя $6 \pm 0,5$ месяцев) в первой группе частота развития депрессии отмечена в 11% случаев, во второй – в 35% ($p < 0,05$). У пациентов первой группы отмечались повышение самооценки, редукция антивитаьных мыслей и ангедонии, восстановление прежних интересов.

Выводы. Выявлено, что при равнозначных исходных значениях в группе пациентов, получавших психотерапевтическую и психологическую помощь, выраженность основных симптомов достоверно ниже, чем во второй ($p < 0,05$). Психотерапия как метод вторичной профилактики депрессий при очаговых поражениях головного мозга обладает достоверным профилактическим действием в отношении развития депрессии и снижает выраженность отдельных симптомов.

Следует подчеркнуть, что при проведении вторичной профилактики депрессии у больных с очаговыми поражениями головного мозга сосудистого и травматического генеза имеют особенности, которые требуют дальнейшего изучения.

ХАРАКТЕРИСТИКА СОВРЕМЕННОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ СЕЛЬСКИМИ ПОДРОСТКАМИ-ШКОЛЬНИКАМИ РФ

Скворцова Е. С.

*ФГБУ «ЦНИИОИЗ Минздрава России», г. Москва,
e-mail: scvortsova@mednet.ru*

Употребление психоактивных веществ (ПАВ): табачных изделий, алкоголя, наркотически действующих веществ в подростковой среде является серьезной медико-социальной проблемой.

В 2016-2017 гг. был проведен мониторинг потребления ПАВ среди сельских подростков-школьников РФ. Широкомасштабное выборочное исследование распространенности потребления ПАВ среди сельских школьников 15-17 лет, учащихся 9-11 классов общеобразовательных школ, охватило 17 субъектов РФ из 6 Федеральных округов России, на территории которых проживает 95,3% всего населения страны. Исследование проводилось социологическим методом анонимного анкетирования. Объем выборки в каждом отобранном субъекте определялся расчетом необходимого числа наблюдений и добавлением 5% на брак при заполнении анкет. Всего было обследовано 18222 сельских подростка-школьника, из них 8208 (45%) мальчиков и 10014 (55%) девочек.

Алкоголизация среди сельских школьников-подростков 15-17 лет характеризовалась следующими параметрами:

- распространённость потребления алкоголя составляла 35,1 на 100 мальчиков и 39,9 на 100 девочек. Часто употребляли алкоголь – 7,9 мальчиков и 6,4 девочки из 100 подростков соответствующего пола и возраста;
- основные мотивы первой пробы и дальнейшего употребления алкоголя традиционные: «праздники в кругу семьи» и «праздники с друзьями»
- возрастной интервал приобщения к алкоголю охватывает период от 10 до 17 лет включительно с пиком приобщения у девочек в 15-16 лет, у мальчиков с 13 до 16 лет.

В 2016-2017 гг. среди сельских подростков-школьников курили 12,8 из 100 мальчиков и 6,4 из 100 девочек 15-17 лет, причем 90% курящих подростков являются ежедневными курильщиками. Око-

ло 70% курящих подростков, курили в связи с уже сформированной или формирующейся зависимостью от табака. Возрастной интервал приобщения к табакокурению – от 10 до 17 лет включительно. «Пик приобщения» у мальчиков приходился на возраст до 10 лет включительно, а у девочек – 13-14 лет.

Уровень экспериментирования с наркотическими и токсикоманическими веществами (НДВ) среди сельских школьников 15-17 лет в 2016-2017 гг. был низкий: 2,4 на 100 мальчиков и 1,6 на 100 девочек. Сельские подростки-школьники знакомились с НДВ в возрастном интервале от 10 до 16 лет включительно с пиком приобщения в 15-16 лет. Первое знакомство с НДВ большинства сельских подростков начиналось с марихуаны (42,6% мальчиков и 36,5% девочек), почти четверть экспериментировавших, как мальчиков, так и девочек, пробовали токсикоманические вещества (растворители). Основным мотивом первой пробы НДВ являлось «любопытство» (56,9% мальчиков и 66,4% девочек).

Уровень употребления НДВ сельскими подростками-школьниками очень низкий: 1,2 из 100 мальчиков и 0,6 из 100 девочек. Более половины подростков, употреблявших НДВ, употребляли их в связи с мотивами формирующейся зависимости, а 14,9% мальчиков и 18,6% девочек употребляли НДВ «за компанию».

Сравнительный анализ основных показателей потребления ПАВ среди сельских школьников-подростков в 2001-2002 гг. и в 2016-2017 гг. выявил достоверное ($p < 0,001$) снижение употребления и алкоголя, и табачных изделий, и наркотических и токсикоманических веществ.

ПОЛИМОРФИЗМ RS45460698 ГЕНА РЕЦЕПТОРА СЕРТОНИНА HTR3B СВЯЗАН С РИСКОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ

Соловьева М. Г., Николишин А. Е., Чупрова Н. А., Кибитов А. О.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, e-mail: mnaum@list.ru

Гены, контролирующие серотониновую (5-НТ) нейромедиацию, возможно, вовлечены в формирование генетического риска наркологических заболеваний. 5-НТ3 рецептор – единственный ионотропный рецептор среди всего семейства 5-НТ серотониновых рецепторов. В ряде исследований показано, что ПАВ уменьшают активность и снижают плотность 5-НТ 3-рецепторов, опосредованно снижая активность нейронов дофаминергической системы, что может быть важным механизмом влияния этанола на систему подкрепления и развитие алкогольной зависимости (АЗ). Одна из субъединиц 5-НТ3 рецептора – 5-НТ3В – кодируется отдельным геном HTR3B, который локализуется в области 11q23.1. Полиморфизм rs45460698 гена HTR3B – отсутствие или делеция (аллель Del) последовательности нуклеотидов AAG – представляет интерес для изучения, так как в экспериментах *in vitro* минорный аллель Del этого полиморфизма увеличивал активность промотора гена 5-НТ3В, что может влиять на его экспрессию и позволяет считать этот полиморфизм условно «функциональным». Существуют данные о фармакогенетическом эффекте этого полиморфизма

Цель: провести сравнительный анализ частот встречаемости аллелей и генотипов по полиморфному локусу (rs45460698) гена HTR3B в группах пациентов с АЗ и с зависимостью от опиатов (ОЗ) в сравнении с контрольной группой здоровых лиц.

Материалы и методы. Исследование типа «случай-контроль» проведено среди 519 мужчин с АЗ (F10.2 по МКБ-10; средний возраст $43,5 \pm 8,5$ года), 460 мужчин с ОЗ (F11.2 по МКБ-10; средний возраст $29 \pm 8,5$ лет); контрольную группу составили 340 мужчин (средний возраст $38,7 \pm 9,2$ лет), все этнические русские. Локус rs45460698 был генотипирован методом полимеразной цепной реакции в реальном времени (real-time PCR). Отклонений от равно-

весия Харди-Вайнберга в группах пациентов и контрольной группе не выявлено (АЗ: $p = 0,66$; ОЗ: $p = 0,107$; Контроль: $p = 0,37$). Для сравнения групп был использован критерий согласия χ^2 (Пирсона), бинарная и мультиномиальная логистические регрессии.

Результаты. Среди пациентов с АЗ обнаружено достоверное снижение частот встречаемости минорного аллеля DEL и группы генотипов (AAG/del и del/del) по сравнению с контрольной группой (аллель: $p = 0,023$; группа генотипов: $p = 0,038$) и с группой ОЗ (аллель: $p = 0,003$; группа генотипов: $p = 0,001$). Различий между контрольной группой и группой ОЗ не выявлено.

По результатам бинарной логистической регрессии установлено, что носительство мажорного аллеля (AAG) увеличивает риск развития АЗ на 41,5% ($p = 0,024$), а минорный аллель DEL является протективным: у пациентов с генотипами (AAG/DEL и DEL/DEL) риск развития АЗ снижен на 29,6% по сравнению с носителями генотипа AAG/AAG ($p = 0,039$).

Выводы. Впервые проведен сравнительный анализ частоты встречаемости полиморфизма rs45460698 гена HTR3B, на большой выборке русских мужчин ($n = 1319$). Изученная специфическая связь полиморфизма гена HTR3B с риском развития алкогольной зависимости характеризуется небольшим, но значимым, уровнем влияния. Необходимы дальнейшие исследования связи полиморфизмов генов системы серотонина с генетическим риском развития наркологических заболеваний.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ОТДЕЛЕНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И СУДЕБНО-СЛЕДСТВЕННЫХ ОРГАНОВ

Спадерова Н. Н., Лебедев А. В., Медведева И. В.,
Кузнецов П. В., Гринь В. В., Жилова Р. Я.

*ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Тюмень,
e-mail: nadejda.spaderova@yandex.ru*

Эффективное межведомственное взаимодействие судебно-психиатрической экспертной службы и судебно-следственных органов способствует проведению объективного, полного и всестороннего исследования, надежности экспертных выводов и вынесению качественного заключения.

Цель исследования: изучение особенностей межведомственного взаимодействия отделения амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница» и судебно-следственных органов по уголовным и гражданским делам в 2013-2017 гг.

Нами был разработан алгоритм межведомственного взаимодействия в уголовном и гражданском процессе. В первом случае эксперты контактировали с сотрудниками МВД (дознавателями и следователями), СУ СК, ФСБ и судьями. После вынесения постановления о назначении экспертизы следователь записывает подэкспертного на заседание экспертной комиссии в отделение АСПЭ. Время ожидания в очереди составляет от 3 до 7 дней (также имеется 2 дополнительных места каждый день по распоряжению заведующей отделением). За день до заседания экспертной комиссии регистратор по телефону информирует повторно следователя о дне заседания экспертной комиссии. В случае если подэкспертный не доставляется на заседание экспертной комиссии, следователю сообщается об этом, а в конце календарного месяца составляется отчет «о не доставленных подэкспертных на АСПЭ», который отправляется руководителю судебно-психиатрической службы ГБУЗ ТО ОКПБ и закрепленным подведомственным представителям правоохранительных органов. По годам эти показатели были: в 2013 г. – 390 (12.96% от общего количества записанных на экспер-

тизу за год), 2014 г. – 388 (12,40%), 2015 г. – 374 (11,20%), 2016 г. – 381 (9,46%), 2017 г. – 372 (10,16%). Срок исполнения экспертного заключения составляет от 3 до 20 дней. Каждая назначаемая следователем судебно-психиатрическая экспертиза должна быть им качественно подготовлена, особенно при проведении посмертных КСПЭ. В случае необходимости востребования дополнительных документов следователю отправляется ходатайство о необходимости предоставления дополнительных документов. Данное ходатайство отправляется следователю в печатном варианте и факсимильной связью, его копия – руководителю отдела криминалистики СУ СК РФ по Тюменской области и руководителю отдела МСО СУ СК. В среднем срок предоставления документов составляет от 1 до 52 дней. 2% ходатайств не удовлетворяется, в результате чего рекомендуется проведение дополнительной амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы с предоставлением запрашиваемых документов. В конце месяца отправляется отчет по заявленным и удовлетворенным ходатайствам. Так, в 2013 г. – 280 (10,69%), 2014 г. – 320 (11,68%), 2015 г. – 330 (11,13%), 2016 г. – 390 (10,69%), 2017 г. – 380 (11,55%).

В гражданском судопроизводстве отправляется уведомление в суд о получении дела, определении даты заседания экспертной комиссии, увеличении срока исполнения экспертизы, заявляются ходатайства о предоставлении дополнительных документов. Но с января 2018 г. судьи в уведомлениях указывают, что согласно ГПК РФ не предусмотрено совершение каких-либо процессуальных действий по приостановленному делу. Указывают, что при проведении экспертизы следует руководствоваться определением суда, установившим срок исполнения экспертизы, Федеральным Законом «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» от 31.05.2001 № 73-ФЗ и приказом Минюста РФ от 20.12.2002 г. № 346 «Об утверждении методических рекомендаций по производству судебных экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях системы Минюста РФ». Согласно п.1.1. «Сроки производства судебных экспертиз устанавливаются руководителем СЭУ при даче соответствующего поручения эксперту (экспертам) в пределах 30 календарных дней. При этом рекомендуется учитывать объем, сложность предстоящих исследований,

нормативные затраты времени на их проведение, фактическую загруженность экспертов, иные обстоятельства, связанные с производством экспертизы». Заведующей отделением АСПЭ отправляется уведомление, что отделение амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы ГБУЗ ТО «ОКПБ» не относится к подведомственным учреждениям Минюста РФ и не подпадает под данный нормативный акт.

Выводы. Реализация алгоритма взаимодействия службы СПЭ с сотрудниками судебно-следственных органов способствует качественному, всестороннему, полному и надежному выполнению заключения судебно-психиатрической комиссии экспертов, ответов на поставленные экспертные вопросы. За пять лет было не доставлено 1905 (12,48%) подэкспертных на заседание экспертной комиссии, заявлено 1640 (10,74%) ходатайств. Своевременное информирование о заявленных ходатайствах и лицах, не прибывших на экспертизу, подведомственных кураторов способствует сокращению сроков проведения АСПЭ и повышению дисциплины. Регулярно с сотрудниками судебно-следственных органов проводятся занятия на совещаниях по повышению профессиональной компетенции сотрудников СУ СК РФ и ГУВД по Тюменской области. Некоторые вопросы при взаимодействии с судебной инстанцией в гражданском судопроизводстве требуют дополнительных юридических разъяснений и определении тактики действий.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ С ТЕКУЩИМ ДЕПРЕССИВНЫМ ЭПИЗОДОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЕГО ДЛИТЕЛЬНОСТИ

Степанов И. Л., Козлов Б. Е.

*Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» МЗРФ, г. Москва,
e-mail: stigl2006@rambler.ru*

Проанализированы предварительные данные 34 пациентов с текущим депрессивным эпизодом по диагностическим критериям F31, F32 и F33 (МКБ 10). Наибольшее количество пациентов были представлены с диагнозом «Рекуррентное депрессивное расстройство». Данные пациенты были разделены на 2 группы с учетом длительности их депрессивного эпизода: менее 6 месяцев (21 пациент) и более 6 месяцев (13 пациентов). Обследование проводилось с использованием Шкалы депрессии Бека (ШДБ) 21 пункт, Структурированного интервью наличия общей и личностной ангедонии (Степанов И. Л.), Шкалы ангедонии Снайта-Гамильтона, Специфического личностного опросника PDQ 4, Адаптированного характерологического опросника К. Леонгарда – Г. Шмишека, Шкалы аффективных темпераментов (сокращенная версия, Акискал Х.), Опросника по исследованию волевой саморегуляции (Зверков А. Г., Эйдман Е. В.), Опросник эмоционального интеллекта Люсина Д. В.

При сравнении двух групп пациентов выявлены следующие отличия.

В группе с длительностью текущего депрессивного эпизода менее 6 месяцев определяется тенденция к большей выраженности депрессии по ШДБ, но меньшему значению общей ангедонии, чем у пациентов с длительностью депрессивного эпизода более 6 месяцев (данные пациенты имели более выраженную личностную ангедонию).

На момент выписки тяжесть текущего депрессивного эпизода с длительностью до 6 месяцев характеризовалась меньшей выраженностью депрессивных симптомов по ШДБ.

Пациенты с длительностью текущего депрессивного эпизода менее 6 месяцев по субшкале Самообладания (волевая саморегуляция) также показали более благоприятные значения.

Кроме того, пациенты с длительностью депрессивного эпизода менее 6 месяцев имели показатели эмоционального интеллекта выше, чем у пациентов с более затяжным депрессивным эпизодом.

При исследовании личностных особенностей у пациентов с депрессивным эпизодом менее 6 месяцев преобладали черты пограничного, нарциссического, обсессивно-компульсивного и избегающего типа, в характеристиках темперамента преобладали черты возбудимости и склонности к гипертимии, а у пациентов с депрессивным эпизодом более 6 месяцев структура личностных особенностей характеризовалась преобладанием черт обсессивно-компульсивного и избегающего типа.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ СПЭ ДЛЯ ЛИЦ, НЕ СОДЕРЖАЩИХСЯ ПОД СТРАЖЕЙ, В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

Стрижев В. А., Бойко Е. О., Наджарьян А. И.

*ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница»
Министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар,
e-mail: strizhev@mail.ru*

ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1» Министерства здравоохранения Краснодарского края является единственной государственной медицинской организацией на территории региона, осуществляющей судебно-психиатрическую экспертизу. Клиника имеет лицензирование на право осуществления всех видов судебно-экспертной деятельности. Отделение стационарной судебно-психиатрической экспертизы (ССПЭ) для лиц, не содержащихся под стражей, ГБУЗ «СКПБ № 1» кроме Краснодарского края также обслуживает регионы Южного и Северо-Кавказского Федеральных округов. Отделение рассчитано на 45 коек для лиц мужского пола. В отношении лиц женского пола ССПЭ проводится на базе женского отделения, в отношении несовершеннолетних – в подростковом отделении. В 2017 году в указанном отделении проведено 470 экспертиз, что на 64 экспертизы больше, чем в 2015 году (прирост 15,8%). Такое увеличение количества экспертиз можно связать как с криминогенной ситуацией в регионе, так и с изменением критериев направления на ССПЭ, а также с законодательными новациями (в ст. 196 УПК РФ Федерального Закона № 313-ФЗ внесен новый пункт 3.2), в соответствии с которыми лица, совершившие противоправные деяния, должны направляться на СПЭ, если имеются основания полагать, что они страдают наркоманией. Кроме того, увеличивается число подэкспертных, в отношении которых меняется мера пресечения с заключения под стражу на подписку о невыезде с последующим помещением в отделение, что позволяет судебным следственным органам сократить сроки следствия в отношении лиц, содержащихся под стражей, минуя назначение ССПЭ в других регионах (в Краснодарском крае «стражное» отделение закрыто в 2012 г.).

Анализируя контингент подэкспертных, прошедших СПЭ, можно сделать вывод о том, что подавляющее число приходится

на участников уголовного процесса (70,0% – в 2017 г., 74,5% – в 2016 г., 72,4% – в 2015 г.). Из них комплексных – 16,7% (2017 г.). В 2017 году были проведены 3 ССПЭ в отношении потерпевших (0,9%), в 2016 году подобных экспертиз было 2, а в 2015 году таких экспертиз не было вовсе. Четвертую часть занимают ССПЭ по гражданским делам. Причем отмечается их стремительный рост из года в год: в 2017 году была проведена 141 экспертиза по гражданским делам (2016 г. – 123; 2015 г. – 112). Также следует отметить, что наблюдается рост экспертиз по семейным спорам: в 2017 году таких экспертиз было проведено 3, в 2016 году – 1, в 2015 году по данному вопросу экспертизы не проводились. Также отмечается увеличение несовершеннолетних подэкспертных с 11 в 2015 г. до 14 – в 2017 г.

Для улучшения межведомственного взаимодействия со следственными органами организованы планерные совещания врачей-экспертов и представителей следствия. С органами дознания ведется ежемесячный мониторинг сроков проведения экспертиз. Постоянная совместная работа судебно-экспертной службы с судебно-следственными органами позволяет достигнуть полного обеспечения потребности в необходимых объемах экспертиз надлежащего качества при отсутствии очередей на их производство. Основными трудностями ССПЭ в настоящее время являются не столько медицинские, сколько юридические аспекты. Так, значительную популярность в последнее время приобретает помещение в отделение ССПЭ для лиц, не содержащихся под стражей, подэкспертных, в отношении которых избрана мера пресечения – домашний арест, которая заключается в нахождении подозреваемого или обвиняемого в полной либо частичной изоляции от общества. В качестве «жилого помещения» все чаще избирается ГБУЗ «СКПБ № 1» с возложением ограничений и (или) запретов и осуществлением контроля. Теоретически контроль возлагается на органы УИН, фактически же подобный контроль осуществляется персоналом отделения. Чаще всего судом запрещается подэкспертным пользоваться всеми видами телефонной связи, Интернетом. Порой запрещается посещение родственников. Согласно ст. 107 УК РФ, домашний арест избирается на срок до двух месяцев, что зачастую приводит к нарушению сроков нахождения подэкспертных на стационарной экспертизе ввиду того, что самостоятельная выписка такого контингента невозможна.

ПРИНЦИПЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НАРКОМАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Субханбердина А. С.

*Казахский национальный медицинский университет им. С. Д. Асфендиярова,
г. Алматы, Республика Казахстан,
e-mail: aliya.subkhanberdina@gmail.com*

В связи с изменением в Республике Казахстан социально-экономической и социально-психологической ситуации неуклонно растет, в первую очередь среди несовершеннолетних и молодежи, употребление наркотических средств. Масштабы незаконного распространения и немедицинского употребления наркотиков в Республике Казахстан достигли уровня, представляющего реальную угрозу национальной безопасности и здоровью населения.

Наркологические болезни высоко социально значимы и в плане отягощенности соматической патологией, процессами деградации личности, высокой и ранней инвалидизацией и смертностью. В широком социальном контексте злоупотребление опиоидами чревато последствиями опьянения (травмы, дорожно-транспортные происшествия, преступления, отравления и т. д.).

Потребление опиоидов – это системное биопсихосоциальное явление, социальные, медицинские, экономические, криминальные последствия которого влияют на общественное благосостояние и национальную безопасность.

Задачи социальной реабилитации определяются необходимостью достижения аспектов жизненной ситуации больного – медицинского, личностного, социального – путем ее активной направленной реорганизации.

Специалист по социальной работе в области наркологии обеспечивает систему социально-психологических, медико-социальной помощи и социально-правовых отношений в сфере профилактики и лечения лиц, страдающих опийной зависимостью, а также в процессах ресоциализации больных и членов их окружения.

Комплексная система медико-социальной и социально-психологической реабилитации больных, зависимых от опиоидов на отдаленном этапе заболевания включает следующий ряд мероприятий:

- лечебно-восстановительные процедуры, основывающиеся на подавлении патологического влечения к опиоидам и последствий, окончательный отказ от немедицинского потребления опиоидами, включая и противорецидивную терапию;
- восстановление соматического, неврологического и психического статуса больного, укрепление его здоровья на основе обучения его навыкам ведения здорового образа жизни;
- реабилитационные мероприятия нацелены на личность самого больного, его внутренний мир и окружающую социальную среду, на его систему отношений с применением индивидуальных, групповых психокоррекционных и психотерапевтических занятий с использованием данных объективного изучения личности больного;
- рекомендации по профилактике наркологических заболеваний;
- психолого-педагогическую и социолого-педагогическую работу как с больными, зависимыми от опиоидов, так и с их родственниками;
- повышение уровня социального функционирования больного, формирование системы позитивных семейных и средовых связей.

Основными правилами социальной работы с лицами, зависимыми от алкоголизма и наркоманиями являются: признание ими заболевания, неосуждение со стороны близких, индивидуализация, самоопределение, рефлексия, партнерство и доверие к ним.

ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОЛОГИИ РАЗВИТИЯ ПРИМЕНИТЕЛЬНО К ЭКСПЕРТНЫМ ИССЛЕДОВАНИЯМ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Терехина С. А.

*ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России, г. Москва,
e-mail: svterek@gmail.com*

Специальные знания судебного психолога-эксперта при производстве экспертиз несовершеннолетних в уголовном и гражданском процессе включают наряду с другими разделами профессиональные знания по психологии развития. Решение экспертных вопросов при выполнении психологами судебно-экспертной деятельности находится в неразрывной связи с современными научными представлениями о психическом развитии ребенка, его личностном становлении и условиях его воспитания. Вместе с тем, ведущие специалисты в области психологии детства свидетельствуют о серьезном влиянии глобальных социальных и экономических процессов на феноменологию детского развития. Одной из наиболее важных проблем психологии развития, непосредственно касающейся экспертной деятельности психолога, является так называемый кризис нормативности. Он характеризуется переходом от ориентации на относительно устойчивые формы и универсальные последовательности развития несовершеннолетних и семьи как института социализации детей и подростков, к усилению разнообразия типологических и индивидуальных вариантов детского развития и расширению числа образов семьи, задающих реальные семейные практики. Рост числа признанных моделей детства усложняет задачу экспертной оценки психического развития несовершеннолетних и делает более трудным соотнесение конкретных индивидуальных траекторий с возрастными нормативами. Основные положения психологии развития, такие как концепция возраста, возрастные периоды, ведущая деятельность, возрастные новообразования, остаются теми ориентирами, которые используются практическими психологами, в том числе и психологами-экспертами, в их повседневной работе. В то же время такие важные социальные факторы как кардинальное изменение картины мира, появление и развитие нового технологического и информационного

пространства, неопределенность и размытость системы ценностей, норм и правил, приводят к тому, что многие из этих положений нуждаются, как минимум, в коррекции. Так, например, социальная ситуация развития современных детей и подростков изменилась по сравнению с прошедшими десятилетиями кардинальным образом и продолжает меняться в настоящее время стремительными темпами. Еще одна важная проблема при проведении экспертных исследований несовершеннолетних заключается в адекватности подбора используемого психодиагностического инструментария, корректности его применения и профессиональной грамотности при интерпретации полученных с его помощью результатов. В этой связи требует анализа выполнение требований ст. 8 Закона об экспертной деятельности в РФ о необходимости основываться на положениях, дающих возможность проверить обоснованность и достоверность сделанных выводов на базе общепринятых научных и практических данных. Особенно актуальна данная проблема при проведении экспертных исследований несовершеннолетних по делам о защите их прав и интересов в гражданском судопроизводстве.

Все вышесказанное свидетельствует о необходимости анализа современных научных представлений психологии развития, их возможной коррекции, а также разработки новых подходов к описанию и оценке особенностей детского развития. Результаты такого анализа следует адаптировать и использовать в практике проведения психологических экспертных исследований в уголовном и гражданском судопроизводстве.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СМЕРТНОСТИ ОТ ВНЕШНИХ ПРИЧИН, ВКЛЮЧАЯ СУИЦИДЫ, В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Тимербулатов И. Ф., Евтушенко Е. М. Тимербулатова М. Ф.

ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ, г. Уфа

Одним из наиболее чувствительных индикаторов социально-психологического состояния общества являются демографические показатели. Непрерывная, комплексная оценка естественного движения населения во многом направлена на сбережение «человеческого капитала», что служит поводом для изучения статистики смертности от внешних причин.

Показатели смертности от внешних причин, как в целом по Российской Федерации (РФ), так и в Приволжском федеральном округе (ПФО) и Республике Башкортостан (РБ), за последние пять лет имеют тенденцию к снижению. Эти показатели в РБ на протяжении исследуемого периода выше, чем в целом по РФ, однако, темп снижения смертности в РБ более выражен, чем в РФ и ПФО. За пять лет смертность от внешних причин в РФ снизилась в 1,4 раза (с 129,2 до 95,3 на 100 тыс. населения), в ПФО – в 1,4 раза (с 150,8 до 105,2 на 100 тыс. населения), в РБ – в 1,6 раза (с 150,0 до 95,9 на 100 тыс. населения). В структуре смертности от внешних причин в РФ наибольшая доля приходится на ДТП и самоубийства. Показатель смертности от самоубийств снизился в 1,4 раза. Однако доля самоубийств в общей структуре смертности растет, в 2015 году она составляла 30,3%, в 2016 году – 30,4%, в 2017 году – 35,8%. В результате анализа региональных особенностей статистики субъектов ПФО выявлены наибольшие уровни показателей смертности от внешних причин в Чувашской Республике (167,6), Республике Марий Эл (164,8), Пермском крае (146,3). Республика Башкортостан относится к регионам с одним из наименьших уровней данного показателя.

За пять лет смертность от суицидов в Республике Башкортостан снизилась в 1,8 раза (с 38,5 до 22,0 на 100 тыс. населения), в результате ДТП – тоже в 1,8 раза (с 24,0 до 13,6 на 100 тыс. населения), в результате случайных отравлений алкоголем – в 5 раз (с 6,1 до 1,2 на 100 тыс. населения), в результате убийств – в 2,3 раза (с 11,5

до 5,0 на 100 тыс. населения), в результате случайных утоплений в 2,4 раза (с 7,1 до 3,0 на 100 тыс. населения).

Для Республики Башкортостан проблема смертности от самоубийств является одной из острых демографических проблем. Необходимость комплексного подхода к ее решению обусловила организацию в 2011 году Республиканского клинического психотерапевтического центра Министерства здравоохранения Республики Башкортостан (ГАУЗ РКПЦ МЗ РБ). Его основными задачами является оказание консультативной, консультативно-диагностической и лечебной специализированной (в т.ч. суицидологической) помощи взрослым и детям с кризисными состояниями.

Выделение психотерапевтической службы вне структуры «большой психиатрии» способствовало росту обращаемости лиц с пограничными психическими расстройствами за медицинской помощью, что, в свою очередь, способствовало стабилизации, а в дальнейшем и снижению показателей смертности от суицидов.

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ОБОСНОВАННОСТИ И ДОСТОВЕРНОСТИ ЭКСПЕРТНЫХ ВЫВОДОВ

Ткаченко А. А., Демидова Л. Ю.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского», г. Москва,
e-mail: tkatchenko_gnc@mail.ru

Закон «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» (Статья 8. «Объективность, всесторонность и полнота исследований») подразумевает, что «Закключение эксперта должно основываться на положениях, дающих возможность проверить обоснованность и достоверность сделанных выводов на базе общепринятых научных и практических данных». Такое требование можно расценивать как двойное по отношению к экспертным выводам – со стороны аргументированной валидности и со стороны их надежности и воспроизводимости. Одним из путей повышения доказательности диагностического вывода является совмещение операциональной и категориальной моделей диагностики. Соответствие диагноза психического расстройства критериальным (дименсиональным) принципам диагностики, заложенным в МКБ, обеспечивает воспроизводимость симптомов, тогда как структурно-динамический анализ позволяет достичь клинической достоверности и аргументированности вывода.

Между тем, предмет судебно-психиатрической экспертизы (юридически релевантные психические расстройства) подразумевает единство медицинского критерия с юридическим, каждый из компонентов которого может быть расшифрован и научно обоснован в рамках единой системы саморегуляции поведения. При этом психические нарушения и сопутствующие им изменения в психологической системе саморегуляции могут быть сопоставлены с соответствующими нейро- и психофизиологическими механизмами.

С помощью системы дистанционного бинокулярного трекинга глаз iView X™-Red500 нами были изучены паттерны анализа стимулов и выполнения заданий в условиях произвольного и непроизвольного внимания у 40 испытуемых: 16 лиц с диагнозом шизотипического расстройства, 13 – с расстройствами личности и 11 – без психической патологии.

В группе лиц с шизотипическим расстройством обнаружено повышение средней и максимальной дисперсии фиксаций, увеличение разброса дисперсии при просмотре различных изображений, уменьшение длины траектории просмотра. Указанные различия оказались связаны с направленностью внимания и отдельными показателями эффективности выполнения теста с антисаккадами. В целом изменения глазодвигательной активности, наблюдающиеся у лиц с шизотипическим расстройством, свидетельствуют о нарушениях информационной избирательности, трудностях прогнозирования и построения образа будущего действия. Сопоставление полученных данных с результатами ранее проведенных исследований позволяет утверждать, что нарушения смыслового восприятия являются в данном случае первичными, а иные звенья саморегуляции, в том числе программирование саккадической активности, опосредованы в первую очередь отношением испытуемого к деятельности.

Таким образом, данное исследование доказывает возможность создания обоснованных комплексных диагностических систем, обладающих разрешающей способностью как в отношении дифференциально-диагностических, так и экспертных задач при оценке саморегуляции, произвольного поведения. Современное развитие науки позволяет интегрировать объяснения от психофизиологического до социального и анализировать поведение как целостный, многоуровневый процесс, каждый уровень которого может подтвердить или опровергнуть достоверность выводов, сделанных на других ступенях анализа.

ЭПИЛЕПСИЯ: КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Токарева Н. Г.¹, Железнова Е. В.²

¹ ФГБОУ ВО НИ «Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева», г. Саранск, e-mail: tokareva-1@mail.ru,

² Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал «ФМИЦПН им. В. П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

Целью настоящей работы явилось исследование ряда клинических и психологических аспектов при эпилепсии.

Эпилепсия – хроническое заболевание головного мозга различной этиологии, характеризующееся повторными непровоцируемыми эпилептическими припадками с нарушением двигательных, чувствительных, вегетативных, мыслительных или психических функций, в основе которых лежит гиперсинхронный электрический разряд нейронов коры головного мозга. Заболевание сопровождается разнообразными клиническими, психологическими и социальными проявлениями.

У больных эпилепсией нередко отмечается дезадаптивный уровень отношения к своей болезни, на котором внутренние проблемы человека не решаются, а нарушенный баланс между внутренним миром и внешним он пытается восстановить при помощи ассимилятивного стиля поведения (приспособления в ущерб своим интересам) или аккомодативного (агрессивно-наступательного, в ущерб интересам других).

Ощущение болезни проявляется не только внешними признаками в виде объективных симптомов, но и в высказываниях, изменении настроения и поведения больного, а иногда происходит переосмысление всей сложившейся картины мира. Это огромная внутренняя работа психологически проявляется как комплекс ощущений дискомфорта, переживаний по поводу факта болезни, восприятия самого себя как больного, немощного, представлений о том, как отреагируют на его болезнь близкие, сотрудники на работе, сможет ли он вообще вести привычный для него образ жизни и т. д.

Методы исследования. м.»Личностный профиль кризиса». Статистическая обработка данных осуществлялась при помощи про-

граммы Statistica 10.0. Для описания результатов использованы следующие значения: медиана (Me), значение нижнего и верхнего квартиля (Q1 и Q3) значимыми считались различия при уровне $p < 0,05$.

Полученные результаты. В исследование было включено 317 больных эпилепсией в возрасте от 18 до 55 лет, с длительностью заболевания до 30 лет. В результате проведенного исследования выявлены следующие закономерности. У большинства больных эпилепсией ведущими шкалами по данным м.»Личностный профиль кризиса» являются: 1.Осложнения познавательно-аналитической деятельности: осложнения функционирования внимания, восприятия, мышления, памяти (Me = 7, Q1 = 3, Q3 = 10); 2. Перемены в поведении и деятельности: поглощенность проблемой (Me = 4, Q1 = 2, Q3 = 9); 3. Нарушение эмоционального реагирования в виде тревоги, генерализованных эмоциональных реакций гнева, стыда, вины, повышенная эмоциональность (Me = 7, Q1 = 5, Q3 = 11);4.Депрессивное настроение (Me = 2, Q1 = 1, Q3 = 8).

Выводы:

1. Позиции индивидуального профиля переживания кризиса больных эпилепсией: наличие осложнений познавательно-аналитической деятельности, уменьшение объема внимания, перемены в поведении и деятельности, нарушение эмоционального реагирования, наличие депрессивных тенденций.
2. Выявленные клинико-психологические закономерности необходимо учитывать при проведении лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий данному контингенту больных.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЦЕНТРЕ РЕАБИЛИТАЦИИ «ТАРАСКУЛЬ»

Томина Е. И.

*ФБУ ЦР ФСС РФ «Тараскуль», г. Тюмень,
e-mail: elenatomina@mail.ru*

Психотерапевтическая служба является неотъемлемым звеном в системе санаторной реабилитации и обеспечивает специализированную консультативно-диагностическую, лечебную и профилактическую помощь. Центр реабилитации Тараскуль является крупнейшим в России, рассчитан на 865 коек, работают 7 лечебных отделений. За 2017 год в Центре прошли лечение 18.379 человек, из них более 2, 5 тысяч посетили психотерапевтическую службу.

Относительно короткие сроки пребывания пациентов в здравнице (10-21 день), требуют приспособления существующих методик психотерапии к условиям здравницы и определённой тактики ведения больных психотерапевтом. Имеется в виду активный характер психотерапии, сочетание её с санаторными факторами, психотерапевтическое потенцирование и опосредование последних. В условиях санатория невозможно лечить больного только психотерапевтическими методиками, так как человек приезжает в здравницу в первую очередь для лечения соматических заболеваний. С другой стороны, для многих пациентов, особенно жителей удалённых районов, санаторное лечение является единственной возможностью получить психотерапевтическую помощь.

Особо важна психотерапия на этапе ранней реабилитации, когда при внезапных соматических заболеваниях и травмах затрагиваются все области жизни человека (работа, отношения, физическое и психическое здоровье, отдых), неожиданно изменяя ее. Следствием резкого снижения физической активности и мобильности, изменения социального и семейного положения становятся депрессивные состояния и различные виды нарушений адаптации пациента. Основная цель ранней реабилитации – максимальное восстановление психического статуса, что повышает мотивацию пациента к проведению других лечебных процедур.

Психотерапевтическая служба нашего Центра оказывает следующие виды помощи:

1. Консультативный прием.
2. Диагностика психического состояния с помощью тестового материала.
3. Индивидуальная психотерапия.
4. Сеансы релаксации – позволяют снять эмоциональное напряжение, снизить уровень тревожности, нормализовать сон. По опыту 19-летней работы и катамнезу многих пациентов, эффект от данного вида лечения сохраняется у пациентов на несколько месяцев, и они стремятся ежегодно посещать процедуры.
5. Ароматерапия.
6. Сенсорная комната- особая среда, способствующая активации различных функций ЦНС и достижения релаксации за короткое время.
7. Арт-терапия – представлена традиционными изобразительными методиками, а также куклотерапией и песочной терапией.
8. Сказкотерапия – метод, использующий сказочную форму для интеграции личности, развития творческих способностей, расширения сознания. Врачом написаны авторские сказки, используемые в работе.
9. Групповая психотерапия в формате «Клуб позитивного общения» – беседы на темы межличностных отношений, обучение способам снятия эмоционального напряжения, поведения в конфликтных ситуациях.

Созданы специализированные лечебные программы: «Анти-стресс» и «Лечение тревоги и депрессии».

Опыт психотерапевтической службы Центра реабилитации «Тараскуль» свидетельствует о возможности достижения положительных результатов за короткий период лечения, повышения культуры психического здоровья и мотивации к ведению здорового образа жизни.

КУЛЬТУРНЫЙ УКЛАД И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ: ПРОЛЕГОМЕНЫ К МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫМ РЕШЕНИЯМ

Тюлюпо С. В., Дашиева Б. А., Истомин К. В.

*Национальный исследовательский Томский Государственный университет,
НИИ психического здоровья ТНИМЦ, г. Томск,
e-mail: svetdy@mail.ru*

Статья написана в рамках научного проекта № 8.1.54.2018, выполненного при поддержке Программы повышения конкурентоспособности ТГУ.

Высокий уровень социальной и экономической маргинализации населения малых городских, сельских и кочевых сообществ Сибири (в т. ч., её циркумпольярных областей) связан в порочный круг с негативными эпидемиологическими показателями алкоголизма, депрессивных расстройств, суицидов в соответствующих популяциях. Связи, замыкающие этот круг, нелинейны и многоуровневы. Дети и подростки, представители малых сообществ, составляют в этом отношении группу особого риска.

Однако в отечественной научной традиции интерпретация этих взаимосвязей зачастую сводится к констатации влияния на показатели психического здоровья проживающих в этих регионах детей и подростков наиболее очевидных объективных факторов. К ним относят макросредовые факторы (влияние природно-климатических или социально-экономических условий, социально-демографические характеристики семей); популяционно-генетические характеристики той или иной этнической группы; группоспецифические психологические особенности частных детско-подростковых субпопуляций (дети с ОВЗ, с инвалидностью, из многодетных семей и т. д.).

Между тем культурная среда и нормы межличностного взаимодействия, сложившиеся в сообществе под давлением культурно-исторического процесса, являются мощными модуляторами влияний среды на психическое здоровье подростков в малых сообществах. Они, как правило, оказываются вне поля зрения специалистов, занимающихся проблематикой психического здоровья детей и подростков.

В рамках нашего доклада мы хотели бы инициировать научную дискуссию о перспективах междисциплинарных исследований в выработке научно обоснованных средств мониторинга и контроля рисков потерь психического здоровья подростков, связанных со своеобразием уклада жизнедеятельности соответствующих сообществ. Её целью мы видим обсуждение вклада в решение этой задачи смежных с социальной психиатрией наук: этнопсихологии, позитивной психологии и социальной психологии. Наши аргументы и предложения базируются на имеющихся в распоряжении нашего коллектива кейсах данных. Это, в частности:

- результаты лонгитюдного (с 2004 года по настоящий момент) медико-психологического и сопровождения образовательного процесса на базе сельских школ и научно-методической поддержки проектно-инновационной деятельности управления образования Томского района, включающие базу данных, описывающих средовые риски и статус психологического благополучия 578 подростков из 18 сельских школ;
- результаты исследования психического здоровья 269 сельских школьников бурятской национальности (1999-2004гг);
- результаты полевых антропологических исследований культурного уклада и проблематики жизнедеятельности юных представителей оседлых и кочевых коренных сообществ Севера Западной Сибири и их семей.

На этом основании мы хотели бы обсудить перспективы и направления междисциплинарных исследований, раскрывающих различия в профиле показателей психологического благополучия и психического здоровья подростков, представляющих малые сообщества Западной Сибири, поддерживающие кочевой и оседлый образ жизни, и средовых условий, обуславливающих негативную или позитивную динамику этих показателей, в группах.

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЖЕНЩИН С РИСКОМ ЛИШЕНИЯ РОДИТЕЛЬСКИХ ПРАВ

Улезко Т.А., Клименко Т.В.

*ГБУЗ Астраханской области «Областной наркологический диспансер»,
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва,
e-mail: klimenko17@mail.ru*

В течение двух лет в Астраханской области реализуется медико-социальный проект, ориентированный на лечение и реабилитацию женщин с алкогольной зависимостью, в отношении которых ставится вопрос о лишении их родительских прав. Данный проект является продолжением реализованных в 2014-2015 г.г. межведомственных пилотных программах «Не бросай меня!» и «Семья для каждого ребенка», по результатам которых был разработан организационно-правовой алгоритм (дорожная карта) межведомственного взаимодействия органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья (медицинские организации), социального развития и труда (социальными службами), территориальными органами ФСИН, МВД, НКО (общественные организации, фонды).

В рамках данного проекта разработана программа комплексной медицинской реабилитации женщин в алкогольной зависимостью, основанная на сочетании традиционных принципов антиалкогольной программы «12 шагов», медикаментозной терапии по показаниям и психокоррекционных техник, ориентированных на восстановление семейных взаимоотношений, эмоционально-коммуникативного взаимодействия с детьми и устойчивого вектора социального благополучия. Программа предусматривает по показаниям лечение пациенток в стационарных условиях (до 21 дня) с последующим обязательным их включением в программы реабилитации в амбулаторных условиях. Амбулаторные программы терапии предусматривают посещение пациентками наркологического диспансера по установленному графику (первые два месяца – еженедельно, в последующем – один раз в две недели) для терапевтической работы с врачом психиатром-наркологом и/или медицинским психологом, а также лечебно-коррекционное и социально-

психологическое сопровождение созависимых членов семьи (мужья, дети, родители) по установленному графику (еженедельные встречи, в последующем – по потребности). Помимо личных встреч терапевтов с пациентами и членами их семей программа предусматривает по заранее установленному графику систематическое сопровождение терапевтического процесса по телефону. За два года в проект было включено 46 женщин из социально неблагополучных семей, в отношении которых ставился вопрос о лишении их родительских прав в связи с алкогольной зависимостью. По результатам их участия в программе комплексной медицинской реабилитации (средняя продолжительность 14,6 ± 1,8 месяцев) у всех сформировались ремиссии алкогольной зависимости: 6 месяцев и более – 32; ремиссия один год и более – 14. В процессе участия в программе реабилитации наблюдалось 23 рецидива алкогольной зависимости (12 женщин) продолжительностью не более двух дней, поскольку пациентки сразу включались в активную противорецидивную терапию. Практически у всех женщин (44) было принято решение о сохранении у них родительских прав, в отношении 2 женщин данный вопрос находится в стадии рассмотрения.

ЮРИДИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ОГРАНИЧЕННОЙ ВМЕНЯЕМОСТИ ПРИ ОРГАНИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ ЛИЧНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЭПИЛЕПСИИ

Усюкина М. В., Лаврущик М. В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава России, г. Москва,
e-mail: marina_gnc@mail.ru

Обследовано 84 подэкспертных, в возрасте от 18 до 57 лет, находившихся на стационарной судебно-психиатрической экспертизе в ФГБУ «НМИЦПН им. В. П. Сербского» МЗ РФ, которым был установлен диагноз: «Органическое расстройство личности в связи с эпилепсией» (F07.02). В результате проведенного исследования были сформированы *две группы* сопоставимых по возрасту больных эпилепсией: 1-я группа – эксплозивный тип (44 чел., 52%), 2-я группа – дефензивный тип (40 чел., 48%).

В четверти случаев (23% и 20%) больные обеих групп были признаны «**ограничено вменяемыми**». При этом особое значение приобретала конфликтная ситуация. При преобладании **эксплозивных** личностных черт отмечалась *непосредственная реакция* на конфликтную ситуацию (44%) с взрывчатостью, брутальностью, агрессивными действиями. Реализация агрессивных действий в 44% случаев происходила сразу вслед за оскорблением, обидой, неповиновением жертвы. У больных с преобладанием **дефензивных** личностных черт в условиях конфликтной психогенно-травмирующей ситуации отмечалась *отсроченная* по времени реализация агрессивных действий в силу затруднений непосредственного эмоционального отреагирования на ситуацию. В силу наблюдающейся у больных тяжеловесности, тугоподвижности психических процессов с выраженной ригидностью, застойностью аффекта, они продолжали фиксироваться на сложившейся ситуации, даже если вызвавший конфликт повод не был очень существенным.

При установлении ограничения способности подэкспертного к осознанию фактического характера и общественной опасности своих действий и руководству ими (ст. 22 УК РФ) ведущее значение приобретает преобладание полярных вариантов личностных черт с различными механизмами поведения подэкспертных в кри-

минальной ситуации. При этом соотношение интеллектуального и волевого компонентов **юридического критерия** выглядит следующим образом:

У подэкспертных с **эксплозивными** личностными чертами наблюдалось преимущественно нарушение волевого компонента (ригидность эмоциональных реакций с легкостью возникновения бурных аффективных вспышек с гетероагрессивными действиями, недостаточность волевого самоконтроля, снижение способности к планированию своих поступков и прогнозированию их последствий). Интеллектуальный компонент был представлен умеренными когнитивными нарушениями (обстоятельность, конкретность мышления, прямолинейность и поверхностность суждений).

У подэкспертных с **дефензивными** личностными особенностями на первый план выступало нарушение интеллектуального компонента (торпидность, тугоподвижность, истощаемость, замедленность темпа психических процессов, снижение концентрации внимания с незрелостью, легковесностью суждений). Волевой компонент был нарушен в связи с наличием у них вязкости аффекта с длительной идеаторной переработкой отрицательных эмоций, фиксацией на негативных переживаниях и невозможностью быстрого реагирования на возникшую ситуацию в сочетании с повышенной мнительностью, подчиняемостью, внушаемостью.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИК СКРИНИНГА И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ И В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Фадеева Е. В., Ненастьева А. Ю., Вышинский К. В.

*Национальный научный центр наркологии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва,
e-mail: nscnfadeeva@mail.ru*

Методология скрининга и профилактического консультирования является компонентом комплексной профилактики употребления табака, алкоголя и других психоактивных веществ (ПАВ) среди дифференцированных категорий населения. Методология может использоваться в самых разных учреждениях системы здравоохранения, оказывающих как амбулаторную, так и стационарную медицинскую помощь.

Оценка частоты и количества потребляемых табачных изделий, спиртных напитков и других ПАВ в сочетании с осуществлением профилактики аддиктивного поведения является частью широкого диапазона мер по предотвращению и снижению потребления указанных веществ, которые целесообразно применять не только в учреждениях, оказывающих наркологическую помощь населению, но и в учреждения первичного звена здравоохранения. Методики скрининга и следующего за ним профилактического консультирования в отношении употребления табака, алкоголя и других ПАВ зарекомендовали себя как высокоэффективные и экономически целесообразные вмешательства. Их применение у лиц, эпизодически употребляющих алкоголь и не имеющих сформировавшейся алкогольной зависимости, достоверно снижает уровень потребления ими алкогольных напитков, а у лиц, употребляющих алкоголь с вредными последствиями или имеющих зависимость – становится элементом формирования мотивации на обращение за специализированной медицинской помощью. Сходные результаты применения упомянутых методик были получены в отношении профилактики и снижения употребления табачных изделий и других ПАВ. Проведение медицинскими работниками первичного звена здра-

воохранения скрининга и краткого профилактического консультирования в отношении употребления табака, алкоголя и других ПАВ будет способствовать более раннему выявлению лиц, употребляющих указанные вещества с высоким риском для здоровья. Следует отметить, что для успешной реализации предлагаемых профилактических мероприятий требуется соответствующее повышение квалификации врачей общей практики, включающее обучение методикам раннего выявления рискованного употребления табака, алкоголя и ПАВ с помощью рекомендованных Всемирной организацией здравоохранения опросников AUDIT-C, AUDIT и ASSIST, а также практическому применению методик мотивационного консультирования.

Внедрение методологии скрининга и профилактического консультирования в отношении табачных изделий, спиртных напитков и других ПАВ в практику врачей общего профиля и врачей-специалистов помогает повысить наркологическую настороженность и оказывать лицам с аддиктивным поведением консультативную помощь до наступления вредных последствий или формирования зависимости, что в свою очередь позволяет снизить экономическое бремя, связанное с лечением наркологической патологии.

СИСТЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ СУИЦИДЕНТОВ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Хох И. Р.

*ГАУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр МЗ РБ,
г. Уфа,
e-mail: irina.xox@yandex.ru*

В настоящее время решение проблемы суицидального поведения подростков и молодежи в целом является наиболее актуальной среди других проблем современного общества. Мир высоких технологий, порождающий большое количество неудовлетворенных потребностей, а также ряд неустойчивых психических состояний, вносит деструктивное начало в жизнь индивида.

За последние годы по количеству покончивших с собой Башкортостан удерживается среди «лидеров» в антирейтинге по регионам Приволжского федерального округа, так в 2016 году на сто тысяч населения в регионе приходилось 37,5 завершенных случая самоубийства (5 место). Более 70% суицидентов – подростки в возрасте от 14 до 17 лет.

Снижению смертности от самоубийств способствовали внедрение трехуровневой системы оказания медицинской помощи, соблюдение маршрутизации и создание психотерапевтических центров в муниципальных районах с высоким уровнем суицидов на базе ГАУЗ Республиканский психотерапевтический центр (далее – ГАУЗ РКПЦ), который был создан распоряжением Правительства РБ в связи с необходимостью совершенствования консультативной, консультативно-диагностической и лечебной специализированной помощи взрослым и детям с кризисными состояниями вследствие семейных, внутри- и межличностных конфликтов, пограничных нервно-психических расстройств.

Организовано и проведено психологическое тестирование организованных групп детей 7-11 классов и первых курсов средне-специальных учебных заведений на предмет выявления риска совершения суицида, всего тестированием были охвачены более 7 тыс. детей и подростков.

Во всех медицинских и образовательных организациях районов и городов РБ подготовлен и утвержден план работы по профилактике суицидального поведения граждан, в том числе и несовершеннолетних.

Отработан алгоритм маршрутизации по факту выявления несовершеннолетнего, имеющего риск аутоагрессивного поведения. При каждом обращении в учреждения системы здравоохранения несовершеннолетнего с суицидальными тенденциями в районную комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав направляется Сигнальная карта и данная структура привлекает специалистов по сопровождению суицидента.

Ведется работа по согласованию подпрограммы «Профилактика суицидов и иных форм аутоагрессивного поведения» согласована Министерством экономического развития РБ и направлена на экспертизу в Министерство финансов РБ.

Ведется работа в плане межведомственного взаимодействия с Министерством образования РБ, Министерством молодежной политики и спорта РБ, Министерством труда и социальной защиты населения РБ в отношении утверждения алгоритма взаимодействия по факту выявления несовершеннолетнего, имеющего риск аутоагрессивного поведения.

Суицидальное поведение является результатом сложного взаимодействия социальных, психологических и социокультурных факторов в экстремальных для личности ситуациях.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ СОЦИАЛЬНОГО ПОЗНАНИЯ У БОЛЬНЫХ БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Царенко Д. М., Довженко Т. В., Юдеева Т. Ю.

МНИИП – филиал ФГБУ «НМИЦПН им.В.П.Сербского» Минздрава России, г. Москва, e-mail: dropship@rambler.ru.

Введение. Исследование клинико-психопатологических особенностей нарушений способности человека понимать других людей, распознавать психические процессы, мотивации к межличностным контактам, как важных факторов социальной адаптации у больных биполярным аффективным расстройством, имеет важное практическое значение.

Цель. Определить клинико-психопатологические проявления нарушений социального познания у больных биполярным аффективным расстройством

Материалы и методы. Выборка составила 20 больных с биполярным аффективным расстройством (по МКБ-10), текущим легким или умеренным депрессивным эпизодом (7 мужчин и 13 женщин, средний возраст $33,5 \pm 7,2$ лет). Для оценки психопатологической симптоматики применялся клинико-психопатологический метод, использовались: опросник выраженности психопатологической симптоматики – Symptom checklist-90-Revised – SCL-90-R; госпитальная шкала тревоги и депрессии – The Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS. В качестве метода для оценки социального познания в форме способности к ментализации был использован тест «Понимание психического состояния по глазам» (Reading the mind in the Eyes), или сокращенно – тест «Глаза» (Eyes test). Более высокий суммарный балл по тесту отражает лучшую способность к ментализации. Для оценки мотивационных аспектов социального познания использовались шкала социальной ангедонии – Revised Social Anhedonia Scale – RSAS, а также краткая шкала страха негативной оценки – VFNE-S. Обработка материалов осуществлялась с помощью методов непараметрической статистики.

Результаты. Среднее значение шкалы социальной ангедонии в исследуемой группе больных биполярным аффективным рас-

стройством составило – $12,6 \pm 4,2$ балла, краткой шкалы страха негативной оценки – $37 \pm 9,7$ балла, теста «Понимание психического состояния по глазам» – $11,7 \pm 2,5$, подшкалы HADS тревога – $10,3 \pm 4,9$, подшкалы HADS депрессия – $9,5 \pm 4,2$, общий индекс тяжести шкалы SCL-90-R – $1,18 \pm 0,64$. Выявлены значимые корреляции между средними показателями теста «Понимание психического состояния по глазам» и подшкалы SCL-90-R «враждебность/агрессивность» ($-0,554$), между средними показателями шкалы социальной ангедонии и подшкалы SCL-90-R «межличностная чувствительность» ($0,432$). Также определена взаимосвязь между средними показателями краткой шкалы страха негативной оценки и подшкалы HADS тревога ($0,631$), общего индекса тяжести шкалы SCL-90-R ($0,522$), подшкалами SCL-90-R «соматизация» ($0,452$), «межличностная чувствительность» ($0,555$), «депрессия» ($0,569$), «тревога» ($0,469$), «фобическая тревога» ($0,421$), «психотизм» ($0,544$).

Выводы. Ухудшение способности к ментализации у больных биполярным аффективным расстройством связано с повышением раздражительности, гневливости, неуравновешенности, враждебности. У больных выявлена связь социальной ангедонии с симптомами чувства отсутствия энергии характерными для структуры биполярной депрессии, а также с чувством недовольства другими людьми. Определена взаимосвязь страха негативной социальной оценки с эмоциональной лабильностью, подавленным настроением, пессимизмом в отношении будущего, чрезмерным беспокойством, ощущением надвигающихся неприятностей, кошмарными мыслями, ощущением слабости, трудностями концентрации внимания.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ЗАВИСИМОСТЯМИ, НАХОДЯЩИМСЯ В НЕГОСУДАРСТВЕННЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЦЕНТРАХ

Целинский Б. П., Дудко Т. Н., Габрильянц М. А.

*ННЦН – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России,
г. Москва,
e-mail: t_dudko@mail.ru*

Реабилитация наркологических пациентов – непрерывный, комплексный, этапный процесс, неотъемлемой частью которого является медицинская составляющая, что вытекает из патогенеза зависимости, как наркологического заболевания. Право на охрану здоровья и медицинскую помощь относится к основным конституционным правам. Медицинскими организациями, включая наркологические, в которых осуществляется медицинская реабилитация, данное право реализуется в полном объеме, определяемом стандартами и порядками оказания медицинской помощи. На последующих этапах реабилитационного процесса (социальная реабилитация, ресоциализация, социальная адаптация) акценты смещаются от медицинской к социальной его части, но это по очевидным причинам ни в коем случае не должно приводить к ограничениям доступа пациентов к получению необходимых им медицинских вмешательств.

В настоящее время в субъектах Российской Федерации основная нагрузка по оказанию услуг в сфере социальной реабилитации пациентов с химическими и нехимическими зависимостями ложится на негосударственный сектор. Так, в ходе проведенного в начале 2018 года опроса были получены ответы из 65 (75%) регионов, в которых содержатся сведения о 386 известных наркологическим службам негосударственных реабилитационных организациях, из которых 95 (24,6%) – религиозной направленности. Как показывают результаты выборочных комплексных проверок таких организаций, вопросам медицинского обеспечения в их деятельности, как правило, уделяется недостаточное внимание. Отсутствуют единые требования к организации медицинского сопровождения реабилитационного процесса, оценке его эффективности, ведению документации.

Нормативными правовыми актами Минздрава России и региональных органов управления здравоохранения функции по осуществлению взаимодействия с общественными, религиозными и другими организациями по оказанию реабилитационной помощи лицам с наркологическими расстройствами возложены на отделения медицинской реабилитации наркологических диспансеров (больниц). Основной рекомендованной Минздравом России формой такого взаимодействия является заключение договоров, предусматривающих, в том числе, перечень медицинских услуг и условия их предоставления, условия и частоту медицинских осмотров врачом психиатром-наркологом и проведения лабораторных исследований с целью диспансерного наблюдения, условия обследования на ВИЧ-инфекцию, гепатиты «В» и «С», туберкулез, условия доступа сотрудников медицинских организаций в некоммерческие организации.

Организация медицинской помощи не должна ограничиваться заключением договоров между медицинскими и негосударственными организациями. Возможно получение последними лицензий на медицинскую деятельность или оформление договорных отношений с частными медицинскими организациями. Необходимо предоставлять реабилитируемым возможность пользоваться Программой государственных гарантий по оказанию бесплатной медицинской помощи, включая программу обязательного медицинского страхования, а также программами добровольного медицинского страхования (в том числе за счет реабилитационных организаций). Вопросы медицинского обеспечения должны отражаться в правоустанавливающих (уставных) документах, договорах с пациентами и учитываться в ходе проверочных мероприятий.

ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ СУИЦИДОВ В КИТАЕ С ПОЗИЦИИ ТЕОРИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ

Цзе Чжан

Шаньдунский университет, Цзинань, Китай

Суицид – глобальная проблема здравоохранения, но существует очень мало теорий, которые пытаются объяснить его природу и предложить эффективную превенцию.

Около 20 лет назад, вскоре после экономической реформы в Китае, общий уровень суицидов составлял 23 случая на 100 тыс. населения, но за последние годы он снизился до 8 на 100 тыс. населения. Традиционные теории суицида не способны объяснить эти перемены, поэтому были привлечены новые теории, чтобы объяснить повышение и понижение уровня суицидов в Китае.

Нами предлагается теория, объясняющая социально-психологический механизм, предшествующий суицидальному поведению. Предполагается, что напряжение, вызванное конфликтующим и состязательным давлением стрессоров на жизнь человека, предшествует суициду: (1) напряжение в сфере ценностей возникает из конфликта противоречащих ценностей; (2) напряжение в сфере стремлений возникает при расхождении стремлений с реальностью; (3) напряжение депривации возникает из относительной депривации, включая бедность; и (4) напряжение в сфере совладания происходит из недостаточных навыков совладания в кризисной ситуации. Данная теория основана на предшествующих представлениях об аномии (Дюркгейм, 1897), теорий напряжения в сфере девиаций (Мертон, 1957) и преступности (Эгню, 1992), хотя суицид не являлся главным вопросом в этих концепциях.

Данная теория проверена и подтверждена на разных выборках в Китае и США. Для дальнейшей ее проверки целесообразно провести исследования в России с тщательной количественной обработкой.

НЕКОТОРЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Цупрун В. Е.

Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» МЗ России, г. Москва

Правильно и организационно адекватно выстроенная суицидологическая служба является залогом успешной профилактики покушений на самоубийство среди различных контингентов суицидентов.

Типовым звеном суицидологической службы являются специализированные койки психиатрических больничных отделений. Потоки суицидентов с психическими расстройствами формируются следующим образом: а) больные с различными вариантами суицидального поведения (от суицидальных тенденций до попыток) направляются суицидологами или психиатрами ПНД (50%), б) больные после суицидальных действий, переведенные из Центра отравлений и психосоматического отделения НИИ Скорой помощи после реанимационных мероприятий (25%); в) больные в пре- и постсуицидальном периоде с различными психическими расстройствами, направленными с амбулаторного приема МНИИ психиатрии (25%). Преобладают (67%) суициденты, страдающие депрессией и шизофренией. Риск самоубийства высок как на инициальных этапах шизофрении (порой суицидальная попытка знаменует начало психиатрического наблюдения), так и в обострениях и ремиссиях хронического процесса, а также на фоне психогений у стабилизированных пациентов.

Особенно важной является тактика ведения пациентов после психиатрического стационара, помня о том, что около 60% пациентов не соблюдают лекарственный режим, злоупотребляют алкоголем. Имеет место неадекватная терапия антидепрессантами и антипсихотиками.

Таким пациентам показана сочетанная адекватная психофармакотерапия и целевые психосоциальные воздействия (пока не развитые в повседневной практике) с обязательным привлечением мотивированных и обученных близких больного.

Наши исследования оценки эффективности программы привлечения близких и родственников суицидентов к превенции их суицидального поведения свидетельствуют об ее адекватности и успешности. Кроме того, важным является создание для суицидентов сети неформальной социальной поддержки и разработка индивидуальной программы психосоциальной реабилитации.

Учет всех этих моментов будет способствовать успешной профилактике суицидального поведения психических больных.

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХИАТРИЯ: ПЕРСПЕКТИВЫ ИНТЕГРАЦИИ

Черемин Р. А., Серебровская О. В., Стародубцев С. В.

*ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации
Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва,
e-mail: Olga_srb@mail.ru*

Актуальность. В историческом аспекте психиатрия всегда была одним из основных источников клинико-психологического знания: первые лаборатории организовывались в психиатрических клиниках, первыми патопсихологами были психиатры. Клиническая психология, изначально выстроенная по модели биологической науки, фактически, стала результатом интеграции психологии и психиатрии, однако вопрос о разграничении предмета патопсихологии и психопатологии остается дискуссионным до настоящего времени. Изучение перспектив развития междисциплинарного взаимодействия актуально в связи с необходимостью совершенствования психолого-психиатрической помощи.

Материалы и методы. Материалом послужили данные, отражающие деятельность психологических служб учреждений, которые оказывают специализированную медицинскую помощь по профилю «психиатрия». Использован аналитический метод и метод экспертных оценок.

Результаты и выводы. В область клинико-психологических исследований входит широкий спектр психологических закономерностей, связанных с возникновением и течением болезней, влиянием заболевания на характер отношений пациента с социальным окружением, а также вопросы обеспечения оптимальной системы диагностических и оздоровительных воздействий. С распространением биопсихосоциального подхода к пониманию психических расстройств интеграция психиатрии и клинической психологии становится все более и более очевидной, и перспективы ее развития намечаются по двум основным линиям: по субъекту профессиональной деятельности и по связи с практикой.

Первое направление интеграционного процесса – по субъекту – связано наличием одного объекта исследования (нарушения психической деятельности), общей фундаментальной задачи (лечение

психических расстройств) и взаимным проникновением клинического и психологического методов. Сближение позиций в рамках этого направления осуществляется на уровне понятийно-методологического аппарата и приводит к формированию полисферного предметного поля обеих дисциплин. Так, одной из новых сфер для клинической психологии и психиатрии стала сфера чрезвычайных и трудных жизненных ситуаций, также психические расстройства жертв разных форм насилия. Клиническая психология продолжает изучение закономерностей функционирования и распада психической деятельности, занимается психологическим анализом наблюдаемых в психиатрической клинике нарушений личности, а психиатрия все активнее изучает влияние социальных и психологических факторов на психическое здоровье. Понимание человека как биопсихосоциального существа значительно сближает позиции психологии и психиатрии как отраслей науки и практики.

Второе направление – по связи с практикой – реализуется в прикладных областях, в частности, в нейропсихологии, изучающей мозговые механизмы когнитивных функций на материале локальных поражений головного мозга. Интеграции нейропсихологии и нейропсихиатрии является свершившимся фактом, однако недостаточное внимание, которое уделяется работе с эмоционально-личностной и социальной проблемами пациентов с очаговыми поражениями мозга, открывает перспективы на будущее.

ДОВЕРИЕ КАК ПРОБЛЕМА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

Черепанова В. Н., Приленский Б. Ю.

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень,

e-mail: veranikandrovna@mail.ru

Не будет преувеличением сказать, что доверие к врачу является одним из важнейших факторов успешности помощи пациенту, в том числе (и прежде всего) психологической и психиатрической. Изучение сущности доверия в психиатрии, условий его возникновения, не возникновения или утраты, последствий влияния недоверия на процесс взаимодействия врача с пациентом (и его результата) в жизни современной России становится все более актуальным. Затянувшиеся проблемы в экономике, колоссальный рост безработицы (прежде всего скрытой), алкоголизация населения, бедность, неуверенность в завтрашнем дне, стрессы приводят к росту числа людей, нуждающихся в помощи психологов, психотерапевтов и психиатров. Исследования показывают, что около трети россиян имеют психическое или невротическое (депрессивное) расстройство.

Еще более печальная статистика приводится на медицинском портале в статье «Психические заболевания в России: что происходит»: «В России до 40% населения имеют признаки какого-либо нарушения психической деятельности» [1].

В то же время, вместо роста числа обращений граждан к специалистам, наблюдается их существенное снижение.

Наше исследование причин, по которым граждане избегают обращаться в психиатрические службы, позволило выявить наиболее часто встречающиеся:

- стыдно быть психиатрическим больным;
- к психически больным плохое отношение при приеме на работу;
- лечиться нет смысла (таблетками проблемы не решить);
- постановка на учет у психиатра может помешать карьере,
- обращение к психиатру препятствует вождению автомобиля и владению оружием;
- психиатрическая служба скорее карает, чем лечит;

- прием препаратов приводит к негативным необратимым последствиям;
- лечение слишком дорого.

Психиатрическая служба, удаленная от общемедицинской среды, обрастает разнообразными мифами и легендами. Нередко складывается представление о том, что сами психиатры не просто так пошли в свою специальность в силу особенности своей психики.

Сложно ожидать позитивного отношения к психиатрии в условиях убогости, бедности и скученности, которые нередко царят в амбулаторной и стационарной сети.

Обозначенные критерии оценки качества психиатрической помощи позволяют нам предположить, что проблему недоверия к психиатрическим службам необходимо решать не только в контексте улучшения финансирования, доступности, повышения квалификации специалистов, но и использовать средства имиджмейкинга и репутационного менеджмента. Это позволит «отстроиться» от негативного имиджа карательной психиатрии (только в контексте использования закрытых психиатрических клиник для инакомыслящих).

Представляется важным не только популяризировать достижения советской и современной российской психиатрии. Важно целенаправленно выработать культуру психического здоровья, формировать позитивный имидж современного психиатра и психиатрической службы в целом.

1. Психические заболевания в России: что происходит [Электронный ресурс] /– Режим доступа: <https://medportal.ru/mednovosti/news/2017/06/15/682psycho/>

ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПРАВОНАРУШИТЕЛЕЙ В ГЕНДЕРНОМ АСПЕКТЕ

Чибисова И. А.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва,
e-mail: chibis-irena@mail.ru*

Анализ причин противоправного поведения несовершеннолетних обоих полов требует изучения не только личностных качеств и свойств, но и факторов социального окружения, неблагоприятных социально-дезадаптивных факторов, оказывающих решающее влияние на формирующуюся личность, становление ее ценностно-нормативной сферы, что важно для комплексной оценки развития и проведения специфических и неспецифических психокоррекционных гендерных медико-социальных программ предупреждения асоциального поведения и криминальной противоправной активности.

Цель исследования – выявление психосоциальных предрасположительных факторов у детей и подростков обоих полов с искажениями социализации и развитием социально-дезадаптивных форм девиантного (противоправного) поведения в онтогенезе.

Материалы и методы исследования: обследованы подростки (500 мужского и 150 женского пола), обвиняемые в совершении различных правонарушений. Использовались клинико-психопатологический, клинико-динамический и клинико-статистический методы исследования с учетом экспериментально-психологических данных.

Результаты и обсуждение. На формирование дисфункциональной, дисгармоничной структуры личности подростка влияют биологические, экзогенно-органические и социальные факторы, приводящие к криминальному поведению. Формирование делинквентного поведения в детском возрасте определяется факторами ранней десоциализации, куда включаются родительская и семейная депривация, жестокое обращение и насилие, косвенные десоциализирующие влияния (асоциальная детско-подростковая группа).

По результатам исследования, семейная депривация имела место у несовершеннолетних правонарушителей более чем в 70% случаев, при этом ведущее место занимали такие факторы, как разлука с одним из родителей, чаще с матерью, помещение в воспитательные учреждения – интернат, детский дом. Более отрицательное влияние на развитие детей оказывали дисфункциональные, асоциальные родители, злоупотребляющие алкоголем, психоактивными веществами. Жестокое обращение с детьми встречалось более чем в половине случаев. Девочки-правонарушители более подвержены влиянию микросоциальных факторов (семейных условий и характера воспитания) с проявлением выраженных нарушений поведения к началу пубертатного периода, с преимущественно аффективными механизмами агрессии, зачастую направленной против ближайшего окружения на фоне длительной психотравмирующей ситуации. У подростков мужского пола преобладают ранние органические поражения нервной системы с задержкой развития и выраженными поведенческими нарушениями с детского возраста, совершаемыми криминальными действиями под влиянием групповых воздействий.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ЛИЦ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ ВО ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ УСЛОВИЯХ

Числов А. В., Астапченко М. В.

*Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО
Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь,
e-mail: marina.astapchenko@yandex.ru*

Несмотря на многочисленные исследования, посвященные экспертной судебно-психиатрической оценке лиц, страдающих умственной отсталостью, исследований, посвященных разработке мер профилактики общественно опасных действий (ООД) в амбулаторных условиях лиц с умственной отсталостью имеется недостаточно.

В связи с этим нами было изучено 70 лиц с умственной отсталостью, находящихся под активным диспансерным наблюдением (АДН) после совершенного ими ООД. В ходе проведенного исследования выявлено, что удельный вес мужчин составил 91,4%, женщин – 8,6%. На момент совершения правонарушения 74,2% закончили психокоррекционную школу. Наибольшее количество лиц имели II группу инвалидности, составляя 68,6%, III группу имели 22,9%. Среди исследованных 88,6% были холосты. Важно отметить, что среди всего контингента обследованных не работающих и не имеющих жилья было 62,9%. Легкую степень умственной отсталости (по МКБ-10) составили 71,4%, умеренную – 22,9%, тяжелую – 5,7%. Обращает на себя внимание, что наибольшее число исследуемых были молодого возраста, 77% (до 30 лет). Более ¼ лиц до совершения ООД находились под наблюдением у психиатра, однако контакт с врачами был формальным. Наибольшее количество деликтов совершено в алкогольном опьянении – 30%. Правонарушения имущественного характера совершили 74,2%. Правонарушения против личности составили 11,4%. Действия сексуального характера составили 5,7%. На лиц, совершивших хулиганские действия, приходилось 5,7%, причем все они находились в состоянии алкогольного опьянения. Изучение эмоционально-волевых свойств личности показало, что 88,6% приходилось на возбудимый тип, что повышало общественную опасность обследованных. 45,7%

лиц проходили принудительное лечение в психиатрических стационарах, 40% находилось под наблюдением ПНД, без принудительного лечения – 14,3%). 1/3 из них в период прохождения принудительного лечения проявляли агрессивные действия (совершали неоднократные побеги, конфликтовали и устраивали драки с другими больными). На момент катмнеза 68,6% проживало постоянно с родственниками или опекунами. Злоупотребляли алкоголем 60%, у 71,4% имелся контакт с антисоциальными лицами. Число повторных ООД составило 58,9%.

Таким образом, анализ полученных данных позволил сделать следующие выводы: наибольшее число ООД составили правонарушения имущественного характера, тогда как ООД против личности, сексуального характера, хулиганства имели меньший удельный вес. Совершению как первичных, так и повторных ООД способствовала алкоголизация и контакт с антисоциальными лицами. В связи с наличием признаков умственной отсталости и значительных нарушений поведения у этих лиц отмечались существенные трудности в их адаптации. Для улучшения адаптационных возможностей лиц данного контингента требуются длительные лечебно-реабилитационные мероприятия с привлечением психологов, социальных работников и более тесное взаимодействие работников ПНД с родственниками данных лиц и сотрудниками правоохранительных органов.

СТРАХ СМЕРТИ В НОРМЕ И У СУИЦИДЕНТОВ

Чистопольская К. А.¹, Ениколопов С. Н.²

*Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского»¹
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»²*

Отношение к смерти является важным вопросом для профилактической и психотерапевтической работы с суицидальными пациентами. Кроме того, есть предположение, что существует проблема стигматизации и самостигматизации суицидальных пациентов, связанная с их опытом добровольной смерти. Нашей задачей было исследовать отношение к смерти у социально адаптированных людей (N = 156), студентов медиков (N = 204) и врачей психиатров (N = 168) и сравнить их средние показатели с людьми, имеющими разный опыт суицидального поведения: отказ от попытки (N = 42), одна попытка (N = 108) и несколько попыток в анамнезе (N = 35).

Всем группам предлагался один блок методик: опросник временной перспективы личности Ф. Зимбардо, тест жизнестойкости С. Мадди, опросник «Опыт близких отношений-переработанный», а также «Отношение к смерти», «Страх личной смерти» и анкета «Опыт смерти». Группе условной нормы вместо опросника «Опыт близких отношений» предъявлялась шкала депрессии А. Бека, группа суицидентов заполняла оба опросника. Предполагалось, что данные группы по-разному относятся к смерти и будут формировать разные констелляции значимых переменных. Была проведена полиномиальная регрессия для каждой группы нормы в сравнении с группами суицидентов. Использовался пакет SPSS 20.0.

При учете всех переменных, включая пол, группы отказа, одной и нескольких попыток отличались от выборки условной нормы меньшей верой в жизнь после смерти, большим избеганием смерти, большей частотой депрессий и опытом смерти, большей вовлеченностью в жизнь и меньшим принятием риска. Дополнительно первые две группы отличались большим избеганием смерти. Группа с одной попыткой отличалась большим страхом забвения и большей ориентацией на фаталистическое настоящее, а группа с несколькими попытками – большим страхом за близких.

От группы студентов медиков при учете всех переменных, включая пол, все три группы суицидентов отличались меньшей верой в рай и большим суммарным опытом смерти. Группы с отказом и одной попыткой отличались большей вовлеченностью, с отказом и несколькими попытками – меньшим принятием риска, а группы с одной и несколькими попытками – меньшим нейтральным принятием смерти и большим страхом забвения. Пациенты с отказом также больше избегали смерти и боялись ее последствий для тела. Пациенты с одной попыткой отличались большей тревожностью в близких отношениях и меньшим контролем.

От врачей-психиатров все группы суицидентов отличались большим страхом за близких, менее нейтральным отношением к смерти, большим гедонизмом в настоящем, меньшей ориентацией на будущее, меньшим избеганием в отношениях. Группы с отказом от попытки и несколькими попытками отличались большим контролем и меньшим принятием риска, а группы с одной и несколькими попытками – большей ориентацией на негативное прошлое. Группа с отказом была склонна к большему избеганию смерти, большему страху последствий смерти для тела, меньшему страху забвения, меньшему фатализму в настоящем. Группа с одной попыткой дополнительно характеризовалась меньшим страхом последствий смерти для личности и большей тревогой в отношениях. Отношение к смерти играет важную роль в дифференциации разных групп: суицидентов, условной нормы, студентов медиков и врачей психиатров, а их сравнение дает понимание, как эти группы соотносятся. Главным в исследовании является ответ на вопрос, как сами врачи психиатры относятся к смерти, и это, как любая возможность самосознания, помогает задать отправную точку в работе со сложным контингентом больных.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СОВРЕМЕННОГО ОБРАЗОВАНИЯ И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Шалимов В. Ф.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации. г. Москва,
e-mail: shalimov1942@mail.ru*

Известно, что активное внедрение концепции инклюзивного образования в систему образования при недостаточной научной проработке инклюзивных процессов привело к ослаблению специального образования и роли учреждений здравоохранения в сопровождении детей с нарушениями развития и психическими расстройствами. Способствует этому несовершенство законодательной базы, как в медицинском, так и образовательном ведомстве. Так, «Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», не учитывает специфику детской психиатрии. В отличие от взрослого психиатра, который непосредственно контактирует с самим пациентом, детский психиатр свои мероприятия по профилактике и лечению ребенка опосредует отношениями с родителями. При этом сами родители, ссылаясь на статью 4. настоящего закона, часто не дают согласие на обращение ребенка за психиатрической помощью. Таким образом, так как данная статья закона иногда, по факту, защищает интересы неадекватных родителей, целесообразно, если родители не обеспечивают должной безопасности своих детей, вовлечь во взаимодействие медицинского и образовательного ведомств Уполномоченных по правам ребенка. Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 20 сентября 2013 г. N 1082 г. утверждено «Положение о психолого-медико-педагогической комиссии», наделенное правом самостоятельно решать вопрос о правовом статусе обучающегося с ограниченными возможностями здоровья, подавляющее большинство которых имеют нарушенное развитие или психическое расстройство. Однако, в связи с тем, что в её составе отсутствует специалист медик, в частности детский психиатр, а только имеется

медицинское заключение подкомиссии, в содержании заключения психолого-медико-педагогической комиссии не отражаются медицинские рекомендации. Кроме того, отсутствие такого специалиста не позволяет, в случае необходимости, провести углубленного клинического обследования и возможности прямого взаимодействия с медицинскими специалистами.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НАРКОЗАВИСИМЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ В НЕГОСУДАРСТВЕННЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЦЕНТРАХ

Шарова Е. Н., Злоказова М. В.

*Кировский государственный медицинский университет, г. Киров,
e-mail: sharen@yandex.ru*

Появление новых наркотических веществ сопровождается изменением социально-психологических характеристик наркозависимых и привычного мнения о том, что наркозависимость развивается вследствие узкого круга и неустойчивости интересов, отсутствия увлечений и духовных запросов (Бабаян Э. А., Гонопольский М. Х, 1987).

Цель исследования: изучение социально-психологических характеристик наркозависимых, находящихся в негосударственных реабилитационных центрах.

Объекты и методы. Было обследовано 70 пациентов с наркотической зависимостью от каннабиноидов и современных психостимуляторов (II стадия) на базе Ульяновского, Саратовского и Кировского негосударственных реабилитационных центров, средний возраст – $27 \pm 11,3$ лет, среди них мужчин – 82,9%, женщин – 17,1%. Использовалась авторская анкета для изучения психического состояния и социально-психологических особенностей у наркозависимых.

Обсуждение результатов. Значительное число испытуемых (77,1%) начали принимать наркотические вещества в подростковом возрасте, средний возраст начала употребления – $11,6 \pm 4,1$ лет, не достигли на момент начала употребления наркотиков 14-ти лет – 59,3%. Употребление наркотических веществ начали с каннабиноидов, включая спайсы, 81,5% пациентов; перешли в последующем на современные психостимуляторы («соли») – 62,9%, заменили каннабиноиды опиатами – 15,3%.

Воспитывались в неполной семье – 26,9%, опекунами – 15,1%. Отягощенная алкогольная наследственность была выявлена в 80,4% случаев. Воспитывались алкоголизирующим отцом – 20,5%, в условиях гиперопеки – 16,8%, безнадзорности – 12,5%, ба-

бушками – 16,8%. Имели высшее образование – 51,9% родителей, из них юридическое – 22,9%. Родители служили в силовых структурах – у 20% опрошенных.

Невротические и невротоподобные проявления в детском возрасте отмечались у 62,3% испытуемых, однако у невролога наблюдалось всего 13,1%.

Все респонденты обучались в общеобразовательной школе. Окончили средние специальные учебные заведения – 37,3%, обучались в вузах – 46,7%. В детстве занимались в кружках и секциях 91,0% пациентов. Из них занимались спортом – 95%, имели спортивные разряды или являлись кандидатами в мастера спорта – 22,8%. Начало употребления наркотических веществ респондентами в 90,6% случаев происходило в условиях секций и в дальнейшем приводило к прекращению занятий.

Выводы: начало наркотизации респондентов происходит, преимущественно, с употребления каннабиноидов путем курения в детско-подростковом возрасте. Значительное количество наркозависимых воспитывались в неполных семьях с достаточно высоким уровнем образования и социального статуса родителей, часто имелась отягощенная алкогольная наследственность. Большинство из них имели невротические и невротоподобные симптомы в детстве, которые могли быть признаками биологического неблагополучия и сложной семейной обстановки. Занятия в кружках и секциях не только не являлись факторами, предупреждающими формирование наркозависимости, но и нередко способствовали этому.

Таким образом, приоритетом в профилактике наркозависимостей должна быть работа с семьями, родителями, особенно в случаях наличия у детей невротических и невротоподобных симптомов.

ИНТЕГРАТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ С НАЛИЧИЕМ КОМОРБИДНОЙ ЭНДОГЕННОЙ ПАТОЛОГИИ

Шуплякова А. В., Игумнов С. А., Коренский Н. В., Петрухина О. С.

*Национальный научный центр наркологии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава России, г. Москва,
e-mail: igumnov.s@serbsky.ru*

Эндогенные психозы и аффективные психические расстройства, по данным ряда исследователей, способствуют развитию химических зависимостей. Это свидетельствует о том, что в период обострения эндогенного процесса вне зависимости от его нозологической принадлежности, обращение к психоактивным веществам обусловлено гаммой субдепрессивного аффекта, важным компонентом которого выступает тревога.

Цель исследования состоит в изучении компонентов интегративной психотерапии в комплексном лечении пациентов, страдающих синдромом зависимости от алкоголя при наличии коморбидной эндогенной патологии. Экспериментальная группа включала 26 пациентов, из которых – 8 женщин и 18 мужчин.

Были использованы основные и дополнительные методы клинической психодиагностики, до применения методов интегративной психотерапии и по их завершении, непосредственно перед выпиской пациентов из клиники. Сбор данных осуществлялся не только от самих пациентов, но и от лечащего врача, их ближайшего микросоциума, с целью повышения объективности данных и качества первичного материала.

Компоненты интегративной психотерапии включали в себя психодинамический, когнитивно-поведенческий и клиент-центрированный подходы.

Ведение пациентов с алкогольной зависимостью и коморбидной эндогенной патологией должно быть комплексным, сочетающим адекватную психофармакотерапию и психотерапию. Фармакологическое воздействие купирует психопатологическую симптоматику, улучшает когнитивные функции пациентов, делает их до-

ступными для психотерапевтического воздействия, что опосредует терапевтический альянс и комплаентность пациентов, удерживая их в лечебной программе.

СПОСОБНОСТЬ К ЭМПАТИИ У БОЛЬНЫХ БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Юдеева Т. Ю., Кривоклякина А. В.

*МНИИП – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им.В.П.Сербского» Минздрава России,
г. Москва,
ФГБОУ ВО МГППУ, г. Москва,
e-mail: psytab2006@yandex.ru*

Способность к эмпатии является одним из важнейших факторов эффективного межличностного взаимодействия, нарушения данной способности приводят к трудностям установления контакта, трудностям в семейных и профессиональных отношениях. Изучение эмпатии представляется необходимым для определения вклада данного феномена в дезадаптацию больных биполярным аффективным расстройством (БАР).

Цель работы – определение уровня эмпатии у больных БАР, выявление различий между показателями эмпатии у больных БАР, больных шизофренией и контрольной группы здоровых испытуемых.

Методики – Проективная методика исследования стратегий утешения (Ф. Е. Василюк, Е. В. Шерягина), Межличностный индекс реактивности (Davis; Карягина Т. Д., Будаговская Н. А., Дубровская С. В.), Модифицированная методика определения понятий А. Б. Холмогоровой – «Методика определения понятий для Другого», «Распознавание эмоций по мимике» (А. И. Тоом), Опросник SLC-90 (Derogatis; адаптация Н. В. Тарабриной, 2001).

В работе не выявлено статистически значимых различий между тремя группами испытуемых по таким параметрам: смена позиции, эмпатическая забота, эмоциональный дистресс и фантазия. Выявлены статистически значимые ($p < 0.05$) различия в способности к смене позиции между больными БАР и контрольной группой. Не найдено статистически значимых различий между тремя группами испытуемых по распознаванию таких эмоций как: радость, страх, удивление, страдание, презрение. По сравнению с группой больных шизофренией и контрольной группой, испытуемые группы больных БАР лучше распознают эмоции гнева. Больные БАР лучше двух других групп распознают эмоции слабой интенсивности.

У испытуемых группы больных БАР более высокий общий показатель способности распознавания эмоций по мимике. Контрольная группа статистически значимо лучше распознает эмоции средней интенсивности.

В данной работе не выявлено различий в показателях эмпатии у трех групп испытуемых. Больные БАР описывают себя как способных к сочувствию, умеющих вживаться в роль вымышленного персонажа, отмечают эмоциональный дистресс в межличностном общении. В целом, больные БАР способны к децентрации, ориентировки на другого. Экспериментальное исследование показало, что пациенты, болеющие БАР, в целом, лучше опознают эмоции по мимике, чем контрольная группа.

Стратегические направления охраны и укрепления
общественного психического здоровья:
материалы VII Национального конгресса
по социальной психиатрии и наркологии
(г. Тюмень, 23-25 мая 2018 года).
[Электронный ресурс]

Под редакцией:
д. м. н., профессора З. И. Кекелидзе

Макет подготовлен
в рекламно-издательском центре «Айвекс»
(ИП Батулин А. В.)
625032, г. Тюмень, проезд 7-й Губернский, 43.
Тел.: +7-908-869-84-89, +7 (3452) 217-237.
E-mail: aiveks@mail.ru, www.aiveks.ru.