Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Тульский государственный университет»

Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы психиатрии и психотерапии»

14-15 октября 2019 г.

Материалы конференции

Тула
Издательство ТулГУ
2019

УДК 616.89
ББК 56.14
М86

Научно-практическая конференция «Актуальные вопросы психиатрии и психотерапии». 14-15 октября 2019 г.: материалы конференции / под. ред. Д.М. Ивашиненко. Тула: Изд-во ТулГУ, 2019. 159 с.

ISBN 978-5-7679-4482-8

Представлены материалы конференции, в которых опубликованы результаты современных исследований, обзоры научной литературы по актуальным проблемам психиатрии и психотерапии. Вопросы укрепления и сохранения психического здоровья раскрыты авторами статей сборника с различных сторон.

Сборник предназначен для врачей-психиатров, психотерапевтов, наркологов, специалистов по психологии, социологии и студентов медицинских вузов.

ISBN 978-5-7679-4482-8

© Авторы материалов, 2019
© Издательство ТулГУ, 2019

СОДЕРЖАНИЕ

Абдуллаева В.К., Сафарбаев Б.Б. 7
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПСИХОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Адамян В.А., Клименко Т.В. 10
КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА ОТМЕНЫ МЕТАДОНА И ГЕРОИНА

Афанасьев С.О. 12
СОЦИАЛЬНАЯ ТРЕВОГА СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ДИАГНОСТИКА, ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ

Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К. 19
ИССЛЕДОВАНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА СРЕДИ ПОДРОСТКОВ С УЧЁТОМ ТИПОВ СЕМЕЙНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ

Бартош Т.П., Бартош О.П., Мычко М.В. 24
ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У СТУДЕНТОВ МАГАДАНА

Быченко И.В., Копытов А.В. 29
О ВОЗМОЖНЫХ МЕТОДАХ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АЛЕКСИТИМИИ У ПАЦИЕНТОВ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Гусев Д.Д. 34
РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА КАК ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА В ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ ДЕТСКОГО ПСИХИАТРА

Краля О.В., Ломова Я.Ю. 43
ПОГРАНИЧНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ТРЕВОЖНОГО СПЕКТРА, НАБЛЮДАЮЩИЕСЯ У СПОРТСМЕНОВ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ ПРЕДТРЕНИРОВОЧНЫХ КОМПЛЕКСОВ

Ларина Ю.А. 49
КУРЕНИЕ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Мелёхин А.И. 52
КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА И СИНДРОМА ТАЗОВОЙ БОЛИ

Павел А.А. 59
ВЗАИМОСВЯЗЬ МОТИВАЦИИ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЬ

Рогов А.В., Абдуллаева В.К. 62
ПРОБЛЕМНО-РЕШАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ

Султанов Ш.Х., Ашуров З.Ш., Ходжаева Н.И. 67
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ МОТИВАЦИИ К ТЕРАПИИ

Султанов Ш.Х., Ашуров З.Ш., Ходжаева Н.И., Кеворкова М.А. 72
ВЗАИМОСВЯЗИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К НАРКОТИКУ С КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИМИ ПАРАМЕТРАМИ ФОРМИРОВАНИЯ И ТЕЧЕНИЯ ГЕРОИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Фецура И.В. 74
ДЕКСАМЕТАЗОН В ЛЕЧЕНИИ АЛКОГОЛЬНОГО ДЕЛИРИЯ

Фецура И.В. 77
ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕЛИРИЕВ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ СЕТИ

Янковская В.Л., Феськова А.А. 83
ВЛИЯНИЕ КОРРЕКЦИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НА КЛИНИЧЕСКИЕПРОЯВЛЕНИЯ ХСН

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ И ОРДИНАТОРОВ

Аксёнова А.Г. 90
РЕАКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ

Борисенко А.Д. 95
ВЛИЯНИЕ КОФЕИНА НА ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Глотова А.А. 100
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЙ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Гревцова Т.М. 105
СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ

Дворянкина М.А. 112
ДЕСОЦИАЛИЗАЦИЯ В ЦИФРОВОМ МИРЕ: ХИКИКОМОРИ – ФЕНОМЕН СОВРЕМЕННОЙ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТИ

Кудрявцева Е.В. 117
РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ

Мариничева Ю.С. 120
ШИЗОФРЕНИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Мешков И.А. 123
ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В ПСИХИАТРИИ

Митяев Д.В. 127
СПЕЦИФИКА И ПРОБЛЕМАТИКА ОТДЕЛЕНИЙ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Мовсисян А.А. 131
ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОЕ РАССТРОЙСТВО

Рыцарева С.И. 134
РАССТРОЙСТВА СЕКСУАЛЬНОГО ПРЕДПОЧТЕНИЯ

Савельева А.А. 139
СИМПТОМ ФЕОФРАСТА

Фролова Е.Р. 141
СУИЦИДЫ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Якимов А.А. 146
ЛИЧНОСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ. АЛКОГОЛЬНАЯ ДЕГРАДАЦИЯ ЛИЧНОСТИ

Ястребова Л.Г. 153
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА И СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПСИХОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Абдуллаева В.К.[1], Сафарбаев Б.Б.[2]
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт[1]
Ташкентская Медицинская Академия, Ургенчский филиал[2]
Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы исследования вызвана стремительным ростом числа сердечно-сосудистой патологии и увеличением количества смертности среди лиц молодого возраста населения экономически развитых стран (ВОЗ, 2018г.). В практическом здравоохранении проблема преодоления личностью с патологией сердечно-сосудистого профиля стрессовых и критических ситуаций приобретает глобальное значение. Устойчивый интерес к данной проблеме обусловлен усилением негативного воздействия природных, экологических, социальных и других неблагоприятных условий на личность. В этой связи особую значимость приобретает изучение психологических способов совладания со стрессом как фактора успешной адаптации человека в быстро меняющемся социуме. На современном этапе развития принципов интегративного подхода к проблеме болезни, является общепризнанным, что при оценке тяжести заболевания и выборе методов терапии необходимо опираться не только на соматические показатели здоровья, но и на критерии психического состояния, а также современных подходов к особенностям психотерапии. Цель исследования: изучение новых подходов в психотерапии пациентов кардиологического профиля с учётом адаптационного потенциала личности.

Материалы и методы: было обследовано 60 пациентов в возрасте 25–55 лет с сердечно-сосудистой патологией, поступивших на лечение в отделения Хорезмского филиала Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Кардиологии. Распределение по клини-

ческим группам с учетом кардиологического диагноза было следующим: испытуемых с ГБ – 40 %, испытуемых с ИБС – 45,5 %, испытуемых с ПС – 14,5%. Ведущими методами исследования явились клинико-психопатологический и катамнестический. В процессе психопатологического исследования для определения эмоционального статуса использовали «Госпитальную шкалу тревоги и депрессии» (HADS) и опросник тревожности Спилбергера-Ханина, а для выявления типологических особенностей личностей пациентов применялся тест-опросник Шмишека-Леонгарда. Методы психотерапии проводились медицинскими психологами и врачами-психотерапевтами в течение трех месяцев с интервалом 3 сеанса в неделю в виде групповых и индивидуальных занятий, а также в виде семейной психотерапии с членами семьи и ближайшими родственниками пациентов кардиологического профиля.

Результаты и обсуждение: в ходе исследования установлено, что у большинства обследованных эмоциональная сфера характеризовалась наличием депрессивной патологии, высоким уровнем тревожности и обсессивно-фобическими расстройствами. В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожно-депрессивных расстройств различной степени выраженности у 98% пациентов, при этом проявления тревоги были отмечены у 94% исследуемых, депрессии различных степеней тяжести – у 55% обследованных; более чем у половины пациентов было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 35% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10% пациентов – констатировалась выраженная тревога. При исследовании конституционально-личностных особенностей обследуемых с помощью теста-опросника Шмишека-Леонгарда среди всех пациентов были выявлены: демонстративный тип личности - у 3 больных(10%), застревающий тип личности - у 8 больных(26,7%), дистимический тип в 40% случаев (12 обследованных), тревожно-боязливый тип - у 5 больных(16,7%), в 6,6% случаев был выявлен эмотивный тип личности. Проводимая психотерапевтическая помощь

состояла из пяти основных этапов. Инициальный этап состоял в установлении психотерапевтического контакта, исходя из характерологических особенностей больных, и постановку целей. Комплексно применялись техники нейролингвистического программирования и рациональной психотерапии. На втором этапе использовали технику краткосрочной позитивной психотерапии, эффективную при создании мотивации и активизации ресурсов личности с изменением системы представлений, ценностей, а также с формированием ответственности. Проведение техник эриксоновского гипноза на третьем этапе способствовало воздействию на психологическую составляющую заболевания, улучшало эффект соматотропной терапии и нормализацию психовегетативных соотношений с учетом особенностей личности больного кардиологического профиля. На четвертом этапе проводилась коррекция внутренней картины болезни, психотерапевтическая работа с психологическими защитами, выработка адекватного отношения к комплексному поддерживающему лечению. Поддержка самостоятельности и инициативы больного с помощью проводимых арт-терапии, аутотренинга, семейной психотерапии, групповой динамической психотерапии и личностно-ориентированной психотерапии имела место на заключительном этапе психосоциореабилитации пациентов кардиологического профиля.

Выводы: таким образом, проведенная психотерапевтическая помощь пациентам кардиологического профиля свидетельствует о достоверном повышении интегрального показателя качества жизни и значений составляющих его психологической сферы и сферы социальных отношений.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА ОТМЕНЫ МЕТАДОНА И ГЕРОИНА

Адамян В.А., Клименко Т.В.

Адамян В.А. – заочный аспирант ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва; РФ заведующий стационарным наркологическим отделением №4 ГУЗ «Тульский областной наркологический диспансер №1», Тула, РФ

Клименко Т.В. – д.м.н., профессор, директор Национального научного центра наркологии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, РФ

Аннотация. Российская Федерация в глобальном контексте является страной назначения и транзита опиоидов, производимых в Афганистане[1,35]. И хотя в последние 5 лет в стране прослеживается устойчивая тенденция снижения заболеваемости опиоидной наркоманией [2,21], тем не менее, наблюдается рост немедицинского потребления метадона и числа больных с синдромом зависимости от этого наркотика. В этой связи все более актуальной становится проблема клинической диагностики и выработки тактики терапии данной категории больных [3,335].

Ключевые слова: синдром зависимости от метадона, синдром отмены метадона, лечение синдрома отмены метадона.

Целью настоящего исследования является изучение клинико-психопатологических особенностей динамики абстинентного синдрома при зависимости от метадона и разработка дифференцированных программ лечения таких пациентов.

Результаты исследования: Сравнительное клинико-динамическое исследование 62 больных с синдромом отмены метадона и 58 больных с синдромом отмены героина показало, что при общем клиническом алгоритме развития они

имеет существенные отличия. Продолжительность синдрома отмены при зависимости от метадона в среднем 15,7±2,1 дня, при героиновой зависимости 7,9±1,5 дня. Развитие симптоматики при синдроме отмены метадона характеризуется отсутствие четких сроков наступления, постепенным началом с преобладанием выраженных идеаторного и поведенческого компонентов синдрома патологического влечения к наркотику идиссомнии, с высокой вероятностью развития психотических расстройств. Синдром отмены героина развивается, как правило, через 18-24 часа после последнего употребления наркотика, имеет лавинообразное начало, с вегетативными, алгическими и аффективными расстройствами, психопатоподобным поведением и отчетливым утяжелением психического состояния в вечерне-ночное время.

При зависимости от метадона чаще наблюдались психопатологический (45,7%) и соматовегетативный (32,1%), реже – аффективный (22,2%) варианты синдрома отмены, а при зависимости от героина чаще – психопатологический (46,9%) и аффективный (34,7%), реже – соматовегетативный (18,4%) варианты синдрома отмены. 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 и непродолжительными ремиссиями. У всех пациентов с синдромом зависимости от метадона длительное время сохраняются поведенческие, аффективные расстройства и выраженное влечение к наркотику.

Список литературы

1. Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2018 год (E/INCB/20148/1). URL: https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2018/Annual_Report/Annual_Report_2018_R.pdf

2. Киржанова В.В., Григорова Н.И., Киржанов В.Н., Сидорюк О.В. Состояние и деятельность наркологической службы в Российской Федерации в 2017 году: Аналитический обзор. Москва: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России; 2019. 196 с.

3. Наркология: национальное руководство, под ред. Иванца Н.Н., Анохиной И.П., Винниковой М.А.. 2-е изд., перераб. и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2016. 944 с.

СОЦИАЛЬНАЯ ТРЕВОГА СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ДИАГНОСТИКА, ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ

Афанасьев С.О., каф. психиатрии с наркологией
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж, РФ

Аннотация. В рамках данного исследования был проведен анализ литературных данных по социальной фобии, приведены цифры распространенности тревожных расстройств, экономические затраты на лечение данных заболеваний. Для исследования была модифицирована с учетом опрашиваемого контингента лиц шкала «проявления тревожности» Тейлора (Manifest Anxiety Scale, MAS), также были использованы шкала Либовица для оценки симптомов социофобии (Liebowitz Social Anxiety Scale) и шкала Страха негативной оценки (BFNE). Исследование проводилось среди студентов ВГМУ старших курсов, в общей сумме было проанкетировано 250 человек. Полученные баллы были

проанализированы и разделены по степеням выраженности симптомов социофобии. Разработаны рекомендации по контролю за факторами риска социальной фобии и эмоциональным состоянием студентов.

***Ключевые слова*:** социальная тревожность, социальная дезадаптация, студенты-медики, ПАВ, шкала Либовица (LiebowitzSocialAnxietyScale), шкала Страха негативной оценки (BFNE), модифицированная шкала тревоги Тейлора (ManifestAnxietyScale, MAS), перфекционизм.

Актуальность. Выраженная тревожность оказывает негативное влияние на жизнедеятельность человека, понижает работоспособность, самооценку, является причиной формирования конфликтных отношений и отрицательного статуса личности.[1, с. 12; 7, с. 297]

В современном мире на фоне активных преобразований и трансформации высшей школы изучение особенностей адаптации обучающихся к постоянно изменяющимся условиям процесса образования представляется важным и весьма актуальным. [2,с.18]. Студенческий период в жизни человека является уязвимым в плане здоровья психики по причине высоких нагрузок, стрессов, проблем адаптации. Серьезное негативное влияние на качество жизни обучающихся различных ВУЗов может оказать социальная тревожность, приводя к психологической и социальной дезадаптации. [3,с.170]

В широкомасштабном исследовании *(EpidemiologicCatchmentArea)* было установлено, что социальная фобия по распространенности составляет более 2,4% [12, с.427; 13,с.120]. Экономические затраты на лечение больных депрессией составляют более 100 миллиардов евро в год, на лечение больных тревожными расстройствами — 40миллиардов евро[14,с.16].

По данным исследований студентов различных московских вузов в 2006 году более, чем у 30% студентов третьего курса отмечается депрессивная симптоматика, у 16% были выявлены суицидальные мысли. У 50% студентов была диагностирована тревожность средней и высокой степени тяжести.

В период студенчества отмечается крайне высокий риск манифестации психопатологии по причине высокого уровня нагрузок и стресса, которые являются значимыми факторами психоэмоциональной дезадаптации. [8, с. 49]

На XVI конгрессе Европейского союза школьной и университетской медицины и здоровья, состоявшемся в 2011 г. в Москве, было подчеркнуто, что нервно-психические заболевания преобладают по частоте случаев среди других заболеваний среди студентов.

Социальное фобическое расстройство у студентов в последнее время все более привлекает внимание западных психологов[15, с.160; 16, с.41; 17, с.31]. Социальная тревожность приводит к опасениям, что при взаимодействии с людьми человек будет выглядеть глупо или его унизят и осудят. Избегая ситуаций, сопряженных с повышенным уровнем тревоги, студент лишается возможности установить доверительные взаимоотношения, развить навыки социального взаимодействия и осознать то, что он способен на успешное общение. [7, с. 298]

К нарушению адаптации студентов приводит также такая характеристика личности, как перфекционизм – повышенные требования к самому себе, а также к окружающим и к миру в целом. [5, с. 110; 11, с.12-15]

Нередко социальная тревога у студентов может приводить к развитию аддикций: алкоголизации, наркомании. Среди студентов, в том числе медицинских ВУЗов, отмечается наличие аддиктивного поведения [9, с.47-50]. В последние годы все большее внимание придается профилактике употребления алкоголя среди молодежи [4, с. 453].

Зачастую на фоне употребления психоактивных веществ формируется тревожно-депрессивная симптоматика [6,с.5-11;10,с.196]. Это определяет необходимость дальнейшей разработки методов профилактики и терапии депрессивных состояний [9, с.47-50].

Цель. Анализ выявляемости уровня социальной тревожности среди студентов старших курсов медицинского ВУЗа.

Задачи исследования:

1) модификация шкалы тревоги Тейлора с учетом опрашиваемого контингента;

2) анкетирование студентов;

3) разработка практических рекомендаций по контролю за психологическим и эмоциональным состоянием студентов на основании обработки данных анкетирования.

Объект и методы исследования. В исследовании участвовали студенты-старшекурсники лечебного, педиатрического и медико-профилактического факультетов ВГМУ им Н.Н. Бурденко. Использовались следующие опросники:

1) Модифицированная шкала «проявления тревожности» Тейлора (Manifest Anxiety Scale, MAS)

2) Шкала социофобии Либовица (Liebowitz Social Anxiety Scale)

3) Шкала Страха негативной оценки (BFNE)

Результаты. В целях анкетирования целевой аудитории была модифицирована шкала по оценке тревоги Тейлора. Были добавлены вопросы с учетом социальной среды и возраста опрашиваемых. При помощи данной анкеты, а также Шкалы Либовица (Liebowitz Social Anxiety Scale) и Шкалы Страха негативной оценки (BFNE) было проведено анкетирование студентов медико-профилактического, лечебного и педиатрического факультета старших курсов.

Из обучающихся на лечебном факультете из 100 опрошенных – без социальной тревоги – 18%, с легкой степенью тревоги – 33%, умеренной тревогой – 38%, выраженной тревогой – 10%, высокой – 1%.

Из студентов педиатрического факультета из 100 опрошенных – без социальной тревоги 14%, с легким уровнем –33%, с умеренным – 41%, с выраженным – 8%, высоким- 1%.

Среди медико-профилактического факультета из 50 опрошенных людей без социальной тревожности было выявлено 18%, с легкой тревогой – 56%, умеренной тревогой – 24%, выраженной – 2%, высокой тревогой – 0%.

По результатам анкетирования, среди студентов педиатрического и лечебного факультетов преобладают люди с умеренным уровнем социофобии. Из обучающихся на медико-профилактического факультете более всего было диагностировано студентов с легким уровнем тревоги.

Студентов без социальной тревоги среди обучающихся всех факультетов была выявлена равная пропорция.

Выводы.

1) Частота случаев социальной фобии у значительного числа студентов-медиков говорит о наличии множества факторов риска развития тревожности: эмоциональные и умственные перегрузки, дефицит времени, гиподинамия, нарушение режима сна, волнение в связи с экзаменами.

2) Рекомендуется акцентировать больше внимания вопросам психологического здоровья студентов медицинских ВУЗов, организовывать опросы обучающихся об их эмоциональном состоянии, вносить изменения в учебные программы при их перегруженности, организовывать спортивные мероприятия среди студентов.

3) Важным является информирование студентов о необходимости обращения к специалисту при наличии симптомов сильной тревоги и выраженной социальной напряженности.

4) Полученные данные частоты социофобии определяют необходимость разработки комплексных подходов к профилактике, своевременной диагностике и терапии социального тревожного расстройства среди обучающихся медицинских ВУЗов.

Список литературы

1. Адрющенко А.В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS в диагностике депрессий общемедицинской практики / А.В. Андрющенко, М.Д. Дробижев, А.В. Добровольский // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. 2003. – №5. – С. 11–18.

2. Горина Е.С. Тревога и депрессия в жизни студента медика / Е.С. Горина, Ю.С. Абросимова // Материалы XI Международной научно-практической конференции «Психология и медицина: пути поиска оптимального взаимодействия».2011. – С. 18–23.

3. Гредюшко О.П. Социально-психологические факторы тревожности в студенческом возрасте //Материалы итоговой научно-практической конференции за 2002 год. - Казань: Gumanitarya (Изд-во ТГГИ), 2003. – С. 170– 172.

4. Есауленко И.Э. Профилактика психотравмирующих стрессовых расстройств, расстройств адаптации и меры противодействия суицидальных тенденций среди молодежи / И.Э. Есауленко, Е.А. Семенова // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2014. – Т. 13. № 2. – С. 453–462.

5. Ларских М.В. Высокие образовательные стандарты вуза как один из факторов формирования высокого перфекционизма студентов / М.В. Ларских, Ю.Е. Васильева, Е.Ю. Бурлак // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. 2014. – №38. – С. 110–117.

6. Ширяев О.Ю. Анализ динамики депрессивных проявлений у детей и подростков с суицидальным поведением при различных схемах лечения / О.Ю. Ширяев, Г.Г. Кошелева, А.Ф. Неретина, И.С. Махортова //Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2006. – №25. – С. 5–11.

7. Краснова В.В. Социальная тревожность как фактор дезадаптации у студентов // Молодые ученые - московскому образованию. Материалы IX городской научно-практической конференции молодых ученых и студентов учреждений высшего и среднего образования городского подчинения. – М.: МГППУ, 2010. С. 297–299.

8. Краснова В.В. Холмогорова А.Б. Социальная тревожность и ее связь с эмоциональной дезадаптацией, уровнем стресса и качеством интерперсональных отношений у студентов // Вопросы психологии. – 2011. №3. – С. 49–58

9. Васильева Ю.Е., Ширяев О.Ю., Гречко Т.Ю. Формы организации учебно-воспитательной работы с обучающимися в высшей медицинской школе. Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2016. № 64. С. 47–50.

10.Ширяев О.Ю. К вопросу о выявлении личностных особенностей зависимости от ПАВ студентов медицинских вузов Воронежа и Ростова / О.Ю. Ширяев, И.Э. Есауленко, Е.А. Семенова, Научно-практический журнал, Т. 21, № 2. 2018 год 10 В.В. Харин // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2017. – Т. 16. № 1. – С. 196–205.

11. Ширяев О.Ю. Взаимосвязь семейного и личного перфекционизма студента: гендерный аспект / О. Ю. Ширяев, М. В. Ларских // Вестник ВГУ Серия: Проблемы высшего образования. 2016. – № 2. – С. 12–15.

12. Greenberg R. E.The economic burden of anxiety disorders in the 1990 s / R.E. Greenberg, T. Sisitsky, R.C. Kessler et al. // J. Clin. Psychiatry. 1999. – Vol. 60. – P. 427–435.

13. Gronvold N.T. Factors in medical school that predict postgraduate mental health problems in need of treatment. A nationwide and longitudinal study / N.T. Gronvold , R. Tyssen, P.Vaglum et al. // Med. Educ. 2001. – № 35. – P. 110–120.

14. Wittchen H.U. Size and burden of mental disorders in Europe - a criti-cal review and appraisal of 27 studies / H.U. Wittchen, E. Jacobi, B. Jonsson et al. // Eur. Neuropsychopharmacol. 2006. – Vol. 24. – P. 15–21.

15. Villarosa-Hurlocker MC, Whitley RB, Capron DW, Madson MB. Thinking while drinking: Fear of negative evaluation predicts drinking behaviors of studentswith social anxiety. Addict Behav. 2018 Mar; 78:160-165. doi:10.1016/j.addbeh.2017.10.021. Epub 2017 Oct 31. PubMed PMID: 29175292.

16. Delgado B, Inglés CJ, Aparisi D, García-Fernández JM. Social Anxiety and Sociometric Nomination in Spanish Students of Compulsory Secondary Education. Span J Psychol. 2016 Jul 18;19:E41. doi: 10.1017/sjp.2016.47. PubMed PMID: 27426039.

17. Hop Wo NK, Anderson KK, Wylie L, MacDougall A. The prevalence of distress,depression, anxiety, and substance use issues among Indigenous post-secondarystudents in Canada. Transcult Psychiatry. 2019Oct1:1363461519861824. doi:10.1177/1363461519861824. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 31575332.

ИССЛЕДОВАНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА СРЕДИ ПОДРОСТКОВ С УЧЁТОМ ТИПОВ СЕМЕЙНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ

Бабарахимова С.Б.[1], Абдуллаева В.К[2]

[1] соискатель степени PhD базовой докторантуры, ассистент кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии

[2] доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Ташкент, Узбекистан

Аннотация: статья освещает предикторы и проблемы суицидального поведения у детей и подростков в результате неправильных стилей родительского воспитания, способствующих развитию акцентуированных черт характера, приводящих в будущем к патологическому формированию личности. Результаты исследований могут быть использованы в практическом здравоохранении для раннего выявления группы риска по суицидальной готовности среди данного контингента больных с учётом типов семейных взаимоотношений и своевременного оказания медико-психологической и психокоррекционной помощи родителям и детям, прогнозирования суицидального поведения на самых ранних этапах его формирования и для предотвращения попыток самоубийств среди детей и подростков.

Ключевые слова: семья; подростки; личностные особенности; эмоциональные расстройства; суицидальное поведение; самоповреждения.

Актуальность проблемы исследования суицидального поведения вызвана ростом числа самоубийств и суицидальных попыток среди детей и подростков в результате отрицательного влияния средств массовой информации и виртуального пространства кибернетической сети Интернета, освещающих самоубийства как пример для подражания и поклонения[2,4]. Реакция родителей, принципы, типы и специфика отношений между родителями и их детьми, стиль семейного руководства и воспитания могут оказаться важными факторами, предопределяющими асоциальное поведение ребенка в семье и социуме, и влияющими на его отношения с другими людьми в зрелые годы[1,3,5].

Цель исследования: выявить группы риска по суицидальной готовности среди подростков с учётом типов семейных взаимоотношений для улучшения и оптимизации медико-психологической помощи данному контингенту населения.

Материал и методы: объектом для исследования явились 86 подростков в возрасте 15–19 лет с суицидальными тенденциями депрессивного регистра и поведенческими нарушениями. Ведущими методами исследования явились клинико-психопатологические и психометрические исследования. Результаты исследования и обсуждения: специально разработанная анкета, созданная сотрудниками кафедры психиатрии совместно с клиническими и социальными психологами, содержала перечень психологических тестов-вопросов, для выявления факторов риска формирования суицидального поведения с учетом личностных особенностей и степенью депрессивной патологии. В результате психологического тестирования было выявлено, что 45% обследованных подростков росли в неполной семье, 25% - в социально неблагополучной семье, 30% исследуемых воспитывались в полноценных благополучных семьях с обоими родителями. У 53% обследованных была выявлена наследственная отяго-

щенность алкоголизацией родителей и психической патологией родственников, что в свою очередь обусловило конфликтные взаимоотношения в семье, несоблюдение нравственно-социальных норм поведения в семье и неудовлетворительные материально-бытовые условия. Суицидальные тенденции демонстративно-шантажного и манипулятивного характера выявлены у 28% обследованных подростков из так называемых «благополучных» семей, воспитанных в полноценных семьях с хорошим материальным достатком, но растущих в условиях полной эмоциональной отчужденности с нарушением межличностных взаимоотношений с родителями. По результатам диагностики «Шкалы сплоченности и гибкости семейной системы» было выявлено наибольшее количество семей с неправильным экстремальным типом воспитания, которое привело к нарушению функционирования семейной системы, появлению кризиса в межличностных взаимоотношениях. Выявлено 70% подростков, воспитанных в условиях эмоциональной депривации и дефицита внимания и любви со стороны родителей. Исследование амбивалентного типа семейных отношений установило полное отчуждение между членами семьи, которое предопределило появление депрессивных нарушений у подростков и развитие акцентуации характера и патологическому формированию личности. В ходе тщательного сбора анамнестических сведений установлено влияние неправильных форм воспитания и контроля в родительской семье, на формирование отклоняющихся форм поведения, в том числе саморазрушающего поведения и его крайней формы – суицидального. Согласно классификации А.Е. Личко мы выявили следующие формы родительского воспитания и контроля в семьях: гипопротекцию, доминирующую гиперпротекцию, потворствующую гиперпротекцию, эмоциональное отвержение, повышенную моральную ответственность. По данным нашего исследования подростки чаще всего воспитывались в семьях, для которых была характерна гипопротекция (46%) и эмоциональное отвержение (25,5%). Реже встречались семьи с гиперпротекцией - доминирующей (14%) и потворствующей (10%), а также где на ребенка накладывалась повышенная моральная от-

ветственность (4,5%). В результате неправильного воспитания у подростков отмечались значительные изменения характерологических особенностей личности. со стороны родителей и родственников. В процессе неправильных стилей родительского воспитания формировались акцентуированные личностные черты характера у подростков, которые в дальнейшем могут трансформироваться в патологическое расстройство личности. С помощью патохарактерологического диагностического опросника Личко были выявлены следующие типы акцентуаций характера: истероидный тип личности встречался у 9 больных (10%), психастенический тип личности у 22 больных (25,5%), лабильный тип был выявлен в 46% случаев (40 обследованных), эпилептоидный тип у 12 больных (14%), в 4,5% случаев был выявлен неустойчивый тип личности. Наибольший процент выявленной акцентуации характера оказался лабильным типом. Эти подростки были склонны к перепадам настроения, неустойчивому эмоциональному фону, быстрой смене аффективных реакций, длительной фиксации негативных ситуаций и воспоминаний из прошлого. Основными факторами, способствовавшими возникновению саморазрушающего аутоагрессивного поведения в виде суицидальных мыслей и тенденций у подростков, были неправильные стили родительского отношения, приводящие к конфликтам в межличностных взаимоотношениях. В ходе исследования было установлено наличие только суицидальных мыслей у 15% обследуемых, суицидальных мыслей с намерениями и планированием у 42% обследуемых, в 1/3 (33%) случаев пациенты с суицидальными мыслями совершали суицидальные попытки. Предпочтение отдавалось легкодоступным и не жестоким способам – отравление таблетками и нанесение порезов в области предплечий. Эти действия возникали под влиянием следующих провоцирующих факторов: проблемы во взаимоотношениях с родителями (50% случаев), конфликты с учителями и воспитателями в школах и колледжах(25%), конфликты со сверстниками(15%), внутриличностными проблемами(10%). Большинство подростков скрывало наличие суицидальных намерений от родителей и близких, выявить их удавалось при изу-

чении переписок в социальных сетях интернета или при просмотре их дневниковых записей и рисунков. Клинические проявления аутоагрессивных действий у подростков являлись в основном проблемой поведенческих и связанных со стрессом расстройств, формировались на фоне психопатологических состояний непсихотического уровня, в большинстве случаев имели демонстративно-шантажный характер

Выводы: таким образом, проведенное исследование семейных факторов риска формирования суицидальных тенденций у подростков, определило, что стили неправильного родительского воспитания способствуют развитию лабильной, эпилептоидной и психастенической акцентуации личности подростков, с высоким уровнем личностной и ситуационной тревожности со склонностью к суицидальному поведению депрессивного регистра. Результаты исследования позволяют выявить группы риска по суицидальной готовности среди данного контингента больных с учётом типов семейных взаимоотношений и своевременно оказывать медико-психологическую и психокоррекционную помощь родителям и детям, прогнозировать суицидальное поведение на самых ранних этапах его формирования.

Список литературы:

1. Абдуллаева В.К. Влияние стилей родительского воспитания на формирование суицидальных тенденций у подростков. // Журнал «Вопросы науки и образования» / Научно-практический журнал №6(52)март 2019. С. 54-59.

2. Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К. Взаимосвязь личностных особенностей и суицидальных тенденций у подростков // Журнал “Человеческий фактор Социальный психолог” 2019 №1(37) Ярославль С. 196-202

3. Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М. Эмоциональные расстройства у подростков с компьютерной зависимостью // Сборники конференций НИИ Социосфера. 2014. №23 С.45-48.

4. Abdullaeva V.K. The influence of parenting styles on the formation of suicidal tendencies in adolescents // Journal Sciences of Europe / Praha, Czech Republic.VOL 1, No 37 (2019) pg. 7-8

5. Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K., Sultonova K.B., et al. Role of psychological research of suicidal behavior in adolescents // Journal Sciences of Europe/ Praha, Czech Republic. VOL 2, No 36 (2019) pp. 52-55

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У СТУДЕНТОВ МАГАДАНА

Бартош Т.П., вед.н.с. группы психофизиологии, к.б.н., доцент
Бартош О.П., ст.н.с. группы психофизиологии, к.б.н.
Мычко М.В., м.н.с. группы психофизиологии
Научно-исследовательский центр «Арктика» ДВО РАН,
Магадан, РФ

Аннотация. Изучение суицидального риска среди молодежи очень актуальна в современных условиях. Цель – исследование гендерных особенностей риска суицидального поведения у студентов-северян. Всего обследовано 96 студентов университета второго курса г. Магадана. Исследование показало наличие гендерных особенностей психологических предпосылок суицидального риска у студентов Магадана.

Ключевые слова: студенты, гендер, факторы суицидального риска, психическая адаптация, тревожность, Север.

В России подростки чаще своих сверстников из других стран добровольно расстаются с жизнью [7]. Суицидальная активность резко возрастает с 14–15 лет и достигает своего максимума к 16–19 годам. У юношей уровень су-

ицидов выше в 2–3 раза, чем у девушек [8]. В течение обучения в образовательных учреждениях молодым людям приходится сталкиваться с различными социально-психологическими трудностями, которые провоцируют рост тревожности, фрустрации, нарушения психической адаптации [1]. Известно, что формирование суицидального поведения во многом зависит и от особенностей личности [9]. Исследованиями показано, что алекситимия в структуре личности вносит значительный вклад в развитие суицидального поведения. Выявлены взаимосвязи тревожности, алекситимии и суицидального поведения у подростков [4-5]. В современных условиях частота суицидов среди молодых возросла почти в 3 раза, и ведущее место занимают студенты [6], что определило актуальность нашего исследования.

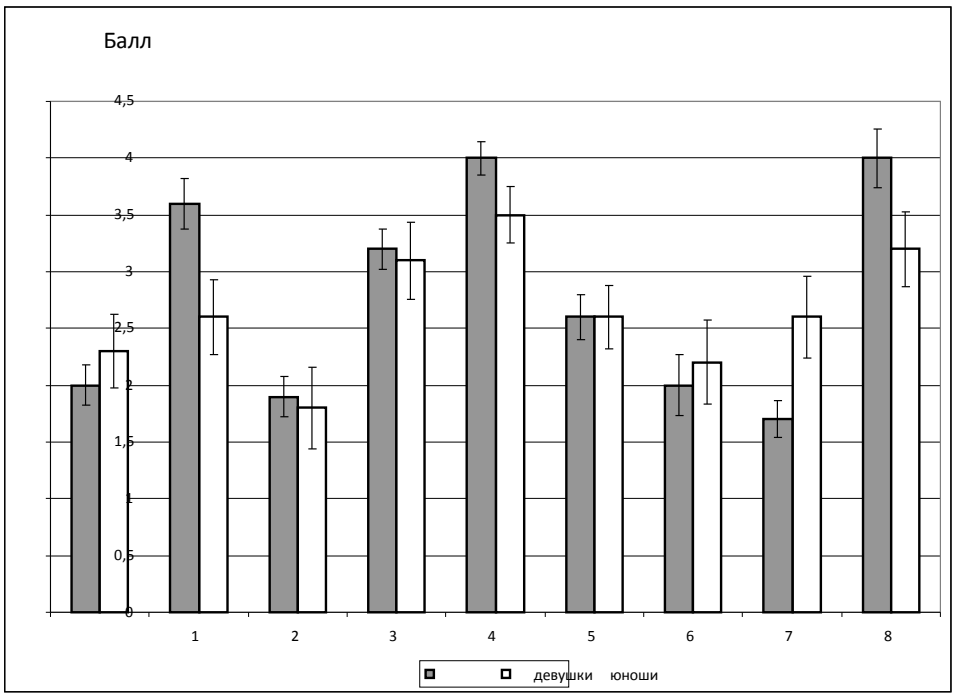
Цель – исследование гендерных особенностей риска суицидального поведения у студентов-северян.

Методы. Обследованы студенты 2 курса Северо-Восточного Государственного Университета: из них 67 девушек, средний возраст 19,2±0,13 и 29 юношей, средний возраст 19,8±0,29. Для изучения суицидального риска были использованы стандартизированные методики. Нервно-психическую адаптацию (НПА) исследовали опросником, который диагностирует донозологические, субклинические состояния, сходные с неврозоподобными состояниями. Более 30 баллов по данной шкале характеризуют психическую дезадаптацию [2]. Выявление уровня сформированности суицидальных намерений проведена с помощью экспресс-диагностики в модификации Т.Н. Разуваевой [3]. Оценку алекситимии проводили с помощью Торонтской алекситимической шкалы (TAS-26). Уровень личностной тревожности (ЛТ) определяли методикой Спилбергера-Ханина. Статистическая обработка данных показателей проведена с использованием пакета прикладных программ Excel-97 и Statistica-10. Различия считали статистически значимыми при $p<0,05$. С помощью коэффициента корреляции Спирмена устанавливали зависимость параметров.

Результаты и обсуждение. Результаты исследования показали, что уровень НПА и ЛТ у девушек, по сравнению с сверстниками - юношами был значимо выше ($p<0,05$) и, в среднем, соответствовал значениям, диагностирующим нарушение психической адаптации и очень высокой тревожности (соответственно, 34±1,57 и 48±1,05 у девушек и 25±3,03 и 43±1,99 у юношей). У юношей средний показатель ЛТ в пределах умеренной тревожности. Показатель алекситимии в обеих группах студентов, соответствовал переходному типу (63–73 балла) 61±1,44 и 64±2,24, соответственно у девушек и юношей.

Высокий уровень НПА и ЛТ выявлен у 66% (45 и 44 чел.) девушек и трети юношей 34% (10 чел.). Среди юношей почти в 2 раза меньше высокотревожных лиц, чем среди девушек. Алекситимический радикал в структуре личности был диагностирован у 15% (10 чел.) девушек и 24% (7 чел.) юношей. То есть, алекситимиков среди юношей больше, а тревожных меньше.

Исследование уровня сформированности суицидальных намерений представлены на рисунке. Видно, что у девушек значительно ($p<0,05$) преобладают шкалы 2, 5 и 9 опросника Т.Н. Разуваевой. То есть, у них более, чем у юношей, выражена аффективность поведения, готовность реагировать на психотравмирующую ситуацию и социальный пессимизм. Одновременно у девушек более лучше выражены антисуицидальные факторы, которые служат препятствием к совершению суицидальных попыток.



Примечание: 1. Демонстративность; 2. Аффективность; 3. Уникальность; 4. Несостоятельность; 5. Социальный пессимизм; 6. Слом культурных барьеров; 7. Максимализм; 8. Временная перспектива; 9. Антисуицидальный фактор.

Рисунок. Показатели уровня сформированности суицидальных намерений у студентов Магадана

У юношей достоверно значимо ($p<0,05$) выше факторы шкалы 8, которая говорит о сложностях в конструктивном планировании будущего. Корреляционный анализ данных показал наличие достоверной положительной связи показателя алекситимии с шкалами 5 и 8 ($r=0,39$; $p<0,05$) в выборке юношей. Увеличения выраженности алекситимических черт может усугублять социальный пессимизм и невозможность конструктивного планирования будущего. В группе девушек корреляций показателя алекситимии с значениями «Опросника суицидального риска» не установлено. Однако, показатель НПА имеет положительные корреляционные связи с уровнем ЛТ ($r=0,65$; $p<0,001$), алекситимией ($r=0,27$; $p<0,05$) и с 5-ю шкалами опросника Т.Н. Разуваевой:1, 2, 4, 8, 9 (в диапазоне $r=0,29$-$0,45$; $p<0,05$-$0,001$). Существенную роль в развитии суицидаль-

ных намерений у девушек играют нарушение нервно-психической адаптации и высокая личностная тревожность.

Заключение. Таким образом, исследование показало наличие гендерных особенностей психологических предпосылок суицидального риска у студентов Магадана. Девушки студентки северного региона отличаются от сверстников более выраженными нарушениями нервно-психической адаптации, личностной тревожности. Для них более характерна аффективность поведения, готовность реагировать на психотравмирующую ситуацию и социальный пессимизм. Одновременно у девушек более лучше выражены антисуицидальные факторы, которые могут стать препятствием к совершению суицидальных попыток. Юноши имеют больше сложностей в конструктивном планировании будущего.

Список литературы

1. Бартош Т.П., Бартош О.П. Особенности эмоциональной сферы подростков различных этнических групп Магаданской области // Тюменский медицинский журнал. – 2015. –Т. 17, № 4. – С.7-13.

2. Гурвич И.Н. Тест нервно-психической адаптации // Вестник гипнологии и психотерапии. –1992. – № 3. – С. 46–53.

3. Диагностика личности / Сост. Т.Н. Разуваева. - Шадринск, 1993. – 26 с.

4. Игнатова Е.С. Родительская депривация как фактор суицидального риска у подростков // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. – 2018. – Т.7, № 2А. – С. 72-82.

5. Ивашиненко Л.В., Бурделова Е.В., Ивашиненко Д.М. Алекситимия как один из факторов суицидального поведения // Актуальные проблемы психиатрии и психотерапии. – 2016. – № 1. – С. 83-86.

6. Климов В.М., Айзман Р.И. Анализ факторов суицидального риска студентов ВУЗа// Вестник Новосибирского государственного педагогического университета. – Т.7, №5. – 2017. – С.55-66. DOI: 10.15293/2226-3365.1750.04

7. Погодин И. А. Возрастные аспекты суицидального поведения // Семейная психология и семейная терапия. – 2006. – № 3. – С. 108–115

8. Скачкова В.А. Изучение психологической предрасположенности к суицидальному поведению учащихся старшего школьного возраста // Психология, социология и педагогика. –2014. – № 12 [Электронный ресурс]. URL: http://psychology.snauka.ru/2014/12/4039 (дата обращения: 07.09.2019).

9. Шиляева И. Ф., Астахова А. В. Особенности суицидального поведения в подростковом возрасте // Вестник Прикамского социального института. – 2018. – № 1 (79). – С. 148–152.

О ВОЗМОЖНЫХ МЕТОДАХ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АЛЕКСИТИМИИ У ПАЦИЕНТОВ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Быченко И.В.[1], младший научный сотрудник отдела наркологии,

Копытов А.В.[2], профессор, доктор медицинский наук

[1] Республиканский научно-практический центр психического здоровья,

[2] Белорусский государственный медицинский университет, профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии

Минск, Беларусь

Аннотация. Изучение алекситимии в последнее время представляет все больший интерес в научных кругах в области психологии, психиатрии и наркологии. Актуальным является распространенность алекситимии среди пациентов с аддиктивным поведением. На сегодняшний день нет единого подхода объясняющего происхождение алекситимии. Не до конца раскрыты факторы, которые приводят к развитию алекситимии, в особенности у пациентов наркологического профиля. В статье описаны основные теоретические взгляды на феномен алекситимии. Представлены методы психологической коррекции алекситимии, имеющиеся на данный момент.

Ключевые слова: алекситимия, психологическая коррекция, алкогольная зависимость, наркотическая зависимость, аддикция, психоактивное вещество, социальные факторы, терапевтические «мишени».

По последним оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) от употребления алкоголя погибло более 3 млн. человек во всем мире. Около 450 тыс. человек погибли в результате употребления наркотиков, где более 168 тыс. человек скончалось вследствие передозировки наркотиков. Приведенные данные находятся на недопустимо высоком уровне, оказывающем негативные медико-социальные последствия (совершенные акты насилия, суициды, дорожно-транспортные происшествия, развитие различных заболеваний). Алкогольная и наркотическая зависимость является многогранной патологией, которая рассматривается в рамках мультифакторного заболевания с точки зрения биопсихосоциального подхода. Однако до сих пор не раскрыты уязвимые факторы, которые способствуют развитию данных форм зависимости. Одним из малоизученных предикторов в развитии алкогольной и наркотической зависимости выступает феномен алекситимии. В последнее время исследователи в области наркологии и медицинской психологии акцентируют внимание научного сообщества на важность изучения алекстимии и ее роли в формировании аддиктивного поведения среди пациентов наркологического профиля.

Впервые алекситимия была описана в рамках психосоматической практики. В начале 70-х гг. XX века психоаналитик Sifneos P.E вводит понятие алекситимии, под которым понимает неспособность индивидуума описывать свои чувства вербально, различать чувства и соматические ощущения, чрезвычайно низкая способность к фантазированию, акцентированное внимание к отдельным деталям событий [1, 48-49]. Алекситимия долгое время находилась в поле изучения ученых в области психосоматической медицины занимающихся разработкой новых подходов к лечению и профилактике невротических расстройств. Выделяют несколько подходов в развитии алекситимии: биологиче-

ского/модель дефицита, социального и теории травмы/модель отрицания. Биологический подход рассматривает алекситимию, как результат дефекта или особенностей развития головного мозга (дефект мозолистого тела и т.д.), а также генетические факторы. Сторонники данного подхода рассматривают ее с позиции первичной алекситимии, которая не поддается коррекции. Приверженцы социального подхода видят причину развития алекситимии в особенностях социокультурных факторов (особенности семейного воспитания, влияние общества на индивидуума и т.д.). С позиции теории травмы алекситимия возникает как реакция торможения аффектов на возникшую травму. Это своего рода механизм психологической защиты на негативное событие, но не являющийся защитой в классическом понимании.

В последние годы набирают обороты исследования алекситимии у пациентов наркологического профиля. Ряд зарубежных авторов (Brems C., Namyniuk L., 2002; Thorberg F.A. et al., 2011; Morie K. et al., 2015; Luminet O. et al., 2016; Parolin M. et al., 2017, Farges F. et al., 2004) утверждают в своих исследованиях о наличии связи алекситимии с алкогольной и наркотической зависимостью. Rybakowski J., Ziolkowski M. et al. провели исследование на выборке из 100 респондентов с алкогольной зависимостью на предмет изучения алекситимии у данной когорты испытуемых. В результате исследования была обнаружена высокая распространенность алекситимии у большей части респондентов (78 человек), чем у пациентов психосоматического стационара [2, 134]. Схожая картина наблюдается у пациентов с наркотической зависимостью. По результатам исследования Farges F. et al. у 43,5% наркозависимых пациентов наблюдается выраженная алекситимия по сравнению со здоровыми лицами, у которых алекситимия была выявлена у 24,6% респондентов [3, 205].

Попытки коррекции алекситимии наблюдаются у пациентов психосоматического профиля. Однако не все методы терапии подходят к лицам, имеющими алекситимичные черты личности. Имеются данные о неэффективности психодинамической психотерапии при лечении алекситимии, которые указы-

вают на разработку альтернативных методов коррекции данной особенности. Имеющиеся данные в литературе описывают некоторые подходы к разработке методов коррекции алекситимии: ритмо-двигательная терапия в исследованиях Малкиной-Пых И.Г. и танцевально-двигательная терапия в исследовании Дорогиной О.И., а также трехэтапный метод, предложенный Семеновой Н.Д.

В своем исследовании Малкина-Пых И.Г. приводит результаты применения ритмо-двигательной терапии (РДТ) на выборке практически здоровых испытуемых, где в качестве цели терапии являлась коррекция алекситимии. После проведения РДТ уровень алекситимии в основной группе значительно снизился, чем до проведения РТД и был статистически достоверно ниже по сравнению с группой контроля, которой были применены техники гештальт-терапии [4, 104]. Продолжительность занятий составило 16 недель, по 1 занятию в неделю 1,5-2 часа. Приведенные данные Малкиной-Пых И.Г., об эффективности применения ритмо-двигательной терапии в коррекции алекситимии, указывают на один из возможных методов в работе с алекситимиками.

В исследовании Дорогиной О.И. представлены результаты применения тренинговой программы по преодолению алекситимии, в основе которой лежит метод танцевально-двигательной терапии. Выборку составили пациенты невротического спектра, у которых был выявлен высокий уровень алекситимии. В результате применения программы было выявлено снижение уровня алекситимии у пациентов основной группы [5, 172]. Программа состояла из 6 занятий два раза в неделю продолжительностью 90 минут.

Один из возможных методов психологической коррекции алекситимии представлен в работах Семеновой Н.Д., где описан опыт применения трехэтапного способа коррекции алекситимии на пациентах имеющих психосоматические расстройства. Метод основан на последовательном использовании трех этапов психологической коррекции в группе. Первый этап состоит релаксации и дидактической направленности. Второй этап заключается в работе с опорой на невербальные средства общения (который является значимым в работе с

алекситимичными пациентами). Третий этап состоит из актуализации внутреннего диалога пациента [6, 95-98].

Приведенные методы используются только в работе с пациентами психосоматического профиля. Принимая во внимание высокую распространенность алекситимии у пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью, следует отметить, что на сегодняшний день отсутствуют адекватные методы и способы коррекции данного феномена с учетом особенностей представленного контингента. Поэтому использование методов коррекции, применяемых на пациентах психосоматического профиля, является недостаточно обоснованным в работе с наркотической и алкогольной зависимостью.

В проведенном нами исследовании, направленном на изучение уровня алекситимии в группе подростков и лиц молодого возраста, были выявлены факторы риска и намечены терапевтические «мишени» по работе с данной группой пациентов. В качестве терапевтических «мишеней» являются родительско-детские отношения, коррекция которых позволит снизить риск развития алекситимии и ее проявлений, а также в учете при построении коррекционных программ [7, 140-141].

Таким образом, на сегодняшний день отсутствуют методы психологической коррекции алекситимии для пациентов наркологического профиля. Имеющиеся методы коррекции не учитывают особенности пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью. Недостаточная разработанность феномена алекситимии требует детального изучения проблемы.

Список литературы

1. Рождественский Д.С. Психосоматика: психоаналитический подход: учебное пособие для вузов. 2-е изд. М.: Издательство Юрайт, 2019.

2. Rybakowski J., Ziolkowski M., Zasadzkab T., Brzezinski R. High prevalence of alexithymia in male patients with alcohol dependence // Drug and Alcohol Dependence, 1988. Vol. 2. P. 133- 136.

3. Farges F., Corcos M., Speranza M. et al. Alexithymia, depression and drug addiction // Encephale, 2004. Vol. 30. No. 3. P. 201–211.

4. Малкина-Пых И.Г. Об одном возможном методе психологической коррекции алекситимии // Сибирский медицинский журнал. 2009. № 3. С. 99—107.

5. Дорогина О.И., Хамова П.М., Хлыстова Е.В. Преодоление алекситимии методом танцевальной терапии у лиц с невротическими расстройствами // Известия уральского федерального университета. Серия 1: Проблемы образования, науки и культуры. 2019. № 1 (183). С. 169-173.

6. Семенова Н.Д. Возможности психологической коррекции алекситимии // Телесность человека: Междисциплинарные исследования. М., 1993, С. 94-100.

7. Быченко И.В., Копытов А.В., Климович Е.А. Роль алекситимии в формировании алкогольных проблем у подростков и молодых людей // Медицинский журнал. 2019. № 4. С. 137-141.

РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА КАК ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА В ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ ДЕТСКОГО ПСИХИАТРА

Гусев Д.Д., ассистент
ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет»,
Тула, РФ

Аннотация. Расстройства аутистического спектра являются важной медико-социальную проблемой, социальные и экономические последствия данного спектра расстройств приобретают особенную значимость на фоне данных о возрастании их распространенности в популяции. Однако, до сих пор остается

проблемой дифференциальная диагностика расстройств аутистического спектра и ранних форм шизофрении, что негативно сказывается на лечении и реабилитации как пациентов с аутистическими, так и пациентов с шизофреническими расстройствами, что негативно влияет на популяционный уровень психического здоровья в целом. В данной статье предпринята попытка проанализировать клиническую картину у пациентов с ранними формами шизофрении и расстройствами аутистического спектра и обнаружить возможные перспективы преодоления сложности дифференциально диагностической ситуации.

Ключевые слова: психиатрия, аутизм, расстройства аутистического спектра, ранняя детская шизофрения, диагностика.

Расстройства аутистического спектра (РАС) – это группа комплексных дезинтегративных нарушений психического развития, которые характеризуются отсутствием или нарушением способности к социальному взаимодействию и коммуникации, стереотипностью поведения и приводят к социальной дезадаптации. РАС типологически и клинически, в МКБ-10 они определены в рубрике F84 «Общие расстройства психологического развития», включающую восемь подрубрик. Наиболее целесообразным в рамках данной статьи представляется рассмотрение таких РАС, как: Синдром Каннера (F84.0), Синдром Аспергера (F84.5), Синдром Ретта (F84.2), Инфантильный психоз(F84.02) и Атипичный детский психоз (F84.11).

Синдром Каннера – это классический детский аутизм, он проявляется с рождения как асинхронный дезинтегративный аутистический дизонтогенез с неполным неравномерным развитием высших психических функций. Характеризуется триадой нарушений: нарушения социального взаимодействия, недостаток взаимной коммуникации и наличие регрессивных форм в поведении. Недостаток социального взаимодействия характеризуется отрешенностью, избеганием визуального контакта, отторжением и отсутствием адекватных реакций на эмоции других людей, в том числе родителей. Недостаток взаимной

коммуникации проявляется отсутствием у детей творческой игры и игры-имитации, отсутствует также реакция оживления при попытке родителей взять их на руки, не формируется различение своих и чужих. Регрессивные формы поведения заключаются в речевых и двигательных стереотипиях, крупная моторика пациента угловатая сателозоподобными движениями, ходьбой с опорой на пальцы ног, мышечными дистониями; рецептивная и экспрессивная речь развиваются с задержкой: отсутствует жестикуляция, гуление и лепет бедные, коммуникативная сторона речи отсутствует, психическая деятельность обеднена, с формированием узких кругов, оторванных от реальности, интересов. Абстрактное мышление не формируется. Несмотря на выраженные нарушения в развитии у пациентов с синдромом Каннера отсутствуют выраженные продуктивные симптомы, явная прогредиентность в течение.

Синдром Аспергера – это эволютивно-процессуальное РАС, формируется с рождения, но диагностируется у больных в ситуациях интеграции в социум. Клинически синдром Аспергера протекает мягче, чем синдром Каннера – у пациентов с синдромом Аспергера наблюдается раннее речевое развитие, богатый речевой запас, развитое логическое и абстрактное мышление, отсутствие речевых и двигательных стереотипий. Тем не менее, для них характерно нарушение коммуникативной стороны речи (они говорят тогда, когда хотят, могут игнорировать собеседника, вести беседу с самим собой) невербального общения (не выражены или отсутствуют жесты, мимика, манеры, зрительный контакт), внимания, моторная неуклюжесть, дисгармония в развитии, отсутствие способности к эмпатии. Как правило, у пациентов с синдромом Аспергера к 16–17 годам аутизм несколько смягчается, часто формируется шизоидная личность. Возможно утяжеление состояния в стрессовых ситуациях с присоединением аффективных, обсессивных расстройств, с психопатоподобными проявлениями, которые могут быть купированы при своевременной терапии без дальнейшего возникновения личностных изменений.

Синдром Ретта – верифицированное дегенеративное генетическое моногенное заболевание, вызываемое мутацией в генерегуляторе MeCP2. Классический синдром Ретте начинается на 1 или 2 году жизни и проходит в своем развитии ряд стадий: аутистическую (появляется отрешенность, нарушается познавательная активность и останавливается психическое развитие), регресса (возникает регресс в деятельности всех функциональных систем, особенно в кистях рук с появлением архаических движений, движений «моющего типа», отмечается замедление роста головы), «псевдостационарную» (восстанавливаются коммуникация, понимание речи, произношение отдельных слов, но сохраняются регрессивные кататонические стереотипии, любая деятельность носит кратковременный характер, возможны эпилептические приступы) и оканчивается стадией тотальной деменции (развиваются неврологические расстройства – спинальные атрофии, спастическая ригидность). Течение болезни неблагоприятное.

Инфантильный психоз – заболевание, характеризующееся возникновением кататонической симптоматики на фоне диссоциированного дизонтогенеза или нормального развития, с приступообразным течением и периодами ремиссии. Кататонические расстройства носят у большей части больных генерализованный гиперкинетический характер, моторное возбуждение сопровождается негативизмом – дети не нуждаются в общении с окружающими, родными и близкими, отрешены, при попытке контакта - возникают агрессия, тревога, агрессия, плач. Речь смазанная, эгоцентрическая, с персеверациями, эхолалией. Продолжительность манифестных приступов 2-3 года. В периоды ремиссии в клинической картине преобладают гиперактивность, нарушения внимания, моторная неуклюжесть, стереотипные влечения и движения. При отсутствии помощи со стороны, нарушено социальное взаимодействие. Пациенты испытывают трудности коммуникации, построении полноценного диалога. Тем не менее, при ранней диагностике и реабилитации для заболевания характерен благоприятный исход.

Атипичный детский психоз рассматривается как психотический вариант течения атипичного детского аутизма (F84.1). Атипичный детский психоз начинается с углубления аутистической симптоматики и регресса высших психических функций с утратой приобретенных навыков. Вслед за негативными симптомами возникают разнообразные кататонические нарушения с архаическими движениями в кистях рук. Психическое развитие ребенка останавливается, течение злокачественное.

Таким образом, РАС клинически неоднородная группа, в которой помимо ведущего синдрома – аутистического дизонтогенеза – можно обнаружить огромное разнообразие симптомов как психических, так и неврологических нарушений, как продуктивных, так и негативных, как качественных, так и количественных, разнообразными оказываются также типы течения и прогноз. Тем не менее, клиническая картина каждого отдельно взятого синдрома достаточно самобытна и может быть дифференцирована от других РАС в каждом конкретном случае. Также для РАС характерна общность принципов абилитации, реабилитации и алгоритмов выбора режима лечения, что выводит на первый план задачу дифференциальной диагностики РАС с другими заболеваниями детского возраста.

Детская шизофрения – представляет собой вариант прогредиентного эндогенного психического заболевания, характеризующегося утратой единства психических функций, неспецифическими продуктивными симптомами и стойкими негативными симптомами, приводящее у детей к формированию специфического олигофреноподобного дефекта. В МКБ-10 детская шизофрения не выделена в виде отдельной рубрики и кодируется аналогично взрослой шизофрении, что не позволяет определить клиническую специфичность данного патологического состояния, хотя код F20.9 «Шизофрения неуточненная» включает особые формы шизофрении, протекающие с характерными для детского возраста психопатологическими расстройствами. В Европе и США используются термины шизофрения с ранним началом (начало до 18 лет), шизофрения с

очень ранним началом (начало до 13 лет) и подростковая шизофрения (начало от 13 до 17 лет), но основана данная классификация шизофренических расстройств в детском и подростковом возрасте на ICD-10 и DSM-IV, DSM-V.В Российской практике для диагностики шизофрении начавшейся в детском возрасте, не соответствующей другим рубрикам в МКБ-10 введен специальный раздел -«шизофрения (детский тип)», шифр- F20.8xx3.

Детская шизофрения типологически неоднородна и столь же клинически разнообразна, как и шизофрения вообще. В клинической картине ранней детской шизофрении (РДШ) преобладают негативные симптомы психического регресса. Инициальный период рано начавшейся шизофрении характеризуется отчуждением от близких, снижением интереса к окружающему, вялостью, сочетающейся с упрямством и раздражительностью. Затем выявляются расстройства настроения: неопределенные тревожные ожидания, общая подавленность или кратковременные гипомании. Аффективные расстройства отличаются длительностью и стертостью – на их фоне рано возникают разнообразные кататонические расстройства с вычурными стереотипными движениями или субступорозной симптоматикой. Игровая деятельность становится однообразной, примитивной. В дальнейшем негативные симптомы — пассивность, аутизм, эмоциональное обеднение, нарушения мышления – углубляются, сопровождаясь диссоциированным замедлением психического развития, и выходят на передний план в клинической картине.

Собственно, манифестная стадия болезни с выраженными продуктивными симптомами, как правило, наблюдается в более старшем возрасте – после 5 лет – в клинической картине болезни наряду с кататоническими расстройствами появляются более выраженные аффективные нарушения, а также рудиментарные галлюцинации (зрительные, обонятельные) и расстройства мышления – яркие бредовые идеи отношения в виде стойкой подозрительности, недоверчивости, "бредовой настроенности", которая не всегда приобретает законченное словесное оформление. Через 2–3 года от начала заболевания происходит ста-

билизация психопатологической симптоматики с признаками выраженного психического дефекта, регрессом поведения и речи, общей задержкой психического и, в отдельных случаях, моторного развития – формируется типичный олигофреноподобный дефект. Несмотря на прогредиентность, течение детской шизофрении неравномерное и может сопровождаться обострениями симптоматики, особенно в периоды возрастных кризов. Следует обратить особое внимание на выраженную неспособность пациентов с РДШ к вербализации переживаний, что значительно затрудняет обнаружение симптомов качественных расстройств восприятия и мышления.

Таким образом, несмотря на наличие в клинической картине РДШ продуктивной симптоматики, малохарактерной для РАС, зачастую на первый план выходят негативные симптомы в первую очередь – аутизм и нарушение продуктивного контакта, задержка в развитии. Типичные для шизофрении синдромы в детском возрасте отличаются «незавершенностью патологической организации» – рудиментарностью, фрагментарностью, незрелостью отдельных компонентов, а также изменчивостью и транзиторностью. Несмотря на качественные отличия подходов к абилитации и лечению, а также разные взгляды на этиопатогенез этих заболеваний, дифференциальная диагностика РАС и детской шизофрении в каждом конкретном случае оказывается затруднена.

Дифференциальный диагноз РАС с другими нозологиями требует тщательного изучения анамнеза, выделения ведущего синдрома, катамнестического наблюдения с целью уточнения характера течения заболевания. Как при РАС, так при детской шизофрении отмечается диссоциированное дезинтегративноеразвитие психики, нарушения социализации, аутизм, разнообразные симптомы стереотипии, сходство катамнеза и течения в отдельных случаях. Типичная симптоматика РАС отличается от ДШ, но во многом пересекается с ней. Оценка же пациента с использованием шкал аутизма не позволяет достоверно дифференцировать эти состояния.

Наиболее перспективными представляются методики биологической диагностики РАС. Молекулярно-генетические исследования на сегодняшний день позволяют достаточно достоверно подтвердить диагноз РАС, исключая таким образом РДШ, обеспечивая своевременное начало соответствующего лечения и абилитации. Синдром Ретта как верифицированное генетическое заболевание, диагностика которого может быть осуществлена на основе обнаружения генетического дефекта является позитивным примером. Стремлением мировой медицинской генетики является обнаружение соответствующих генетических дефектов для всех РАС. В панель генетических исследований «Умственная отсталость и расстройства аутистического спектра» входит более 211 генов. Однако, несмотря на большое количество исследований возможных генетических механизмов аутизма, в настоящее время известно всего несколько генов, мутации в которых строго ассоциированы с аутистическими расстройствами. Среди них мутации, связанные с генами металлотионеина, нейрексина, влияющими на синаптическую адгезию и гомеостаз. Тем не менее, эти мутации выявляются лишь в отдельных случаях. Перспективным направлением исследования представляется обнаружение в крови патологических продуктов обмена веществ – существуют исследования, указывающие на взаимосвязь аутизма и изменения концентрации метаболитов аминокислот с разветвленной цепью в крови. Несмотря на неочевидность причинно-следственных отношений болезни и подобных изменений состава крови, их диагностическая значимость несомненна. Однако, данное направления требует дальнейших исследований. Решение проблемы ранней диагностики РАС также решит проблему сложных дифференциально-диагностических случаев, что положительно скажется как на индивидуальном, так и на популяционном психическом здоровье.

Таким образом, клинически РАС и детская шизофрения характеризуются значительным сходством. Симптомы, синдромы, возраст начала и типы течения и даже прогноз у конкретных пациентов с РАС и с детской шизофренией могут практически полностью совпадать. Наиболее перспективными представляются

методики биологической диагностики РАС. Молекулярно-генетические исследования на сегодняшний день позволяют достаточно достоверно подтвердить диагноз РАС, исключая таким образом РДШ, обеспечивая своевременное начало соответствующего лечения и абилитации. Однако, данное направления требует дальнейших исследований. В том числе существует потребность в развитии классификации и терминологического аппарата в области дисциплин, изучающих нервные и психические болезни. Решение проблемы ранней диагностики РАС также решит проблему сложных дифференциально-диагностических случаев, что положительно скажется как на индивидуальном, так и на популяционном психическом здоровье.

Список литературы

1. Расстройства аутистического спектра у детей. Научно-практическое руководство. Под редакцией Н.В. Симашковой. – М.: Авторская академия, 2013. – 264 с.: ил.

2. Ремшмидт Х. Аутизм. Клинические проявления, причины и лечение: Пер. с нем.-М.: Медицина, 2003. – 120с.: ил.

3. Башина, В. М. Ранняя детская шизофрения : (Статика и динамика) / В. М. Башина. – М. : Медицина, 1980. – 248 с.

4. Alan M. Smith, Joseph J. King, Paul R. West, Michael A. Ludwig, Elizabeth L.R. Donley, et. al.. (2018). Amino Acid Dysregulation Metabotypes: Potential Biomarkers for Diagnosis and Individualized Treatment for Subtypes of Autism Spectrum Disorder. Biological Psychiatry.

5. Докукина Т.В..Марчук С.А.Гайдукевич И.В., Сергеев Г.В, Молекулярно-генетическая диагностика расстройств аутистического спектра.// Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. – 2016. – № 2 (13) – С. 46-50.

ПОГРАНИЧНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ТРЕВОЖНОГО СПЕКТРА, НАБЛЮДАЮЩИЕСЯ У СПОРТСМЕНОВ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ ПРЕДТРЕНИРОВОЧНЫХ КОМПЛЕКСОВ

Краля О.В., к.м.н., ассистент каф. психиатрии и медицинской психологии,
ГБОУ ВПО ОмГМУ
Омск, РФ
Ломова Я.Ю., клинический ординатор,
ФГАОУ ВО РУДН,
Москва, РФ

Аннотация. Особое внимание в данной статье уделяется пограничным психическим расстройствам тревожного спектра у спортсменов, употребляющих предтренировочные смеси, включающие в свой состав стимуляторы нервной системы. Данное исследование посвящено выявлению тревожных психических расстройств у непрофессиональных спортсменов с использованием верифицированных шкал.

Ключевые слова: тревога, предтренировочный комплекс, спорт, пограничное психическое расстройство, фитнес, спортивное питание.

Введение. В настоящее время наблюдается рост тревожных расстройств среди населения Российской Федерации наряду с недостаточностью диагностирования данных расстройств психиатрической службой [10]. Высокие показатели распространенности тревожных расстройств наблюдаются среди лиц, регулярно употребляющих вещества, стимулирующие нервную систему [3,4].

Предтренировочные комплексы (ПК) – это особый вид спортивного питания, основная цель которых заключается в улучшении продуктивности тренировки, путем повышения ментальной концентрации, увеличения интенсивности силовых характеристик или выносливости, как по отдельности, так и вместе [1].

ПК в связи с высокой эффективностью быстро завоевали популярность не только среди профессиональных спортсменов, но и любителей здорового образа жизни и фитнеса [7]. В современном варианте ПК часто содержат 10-15 и более компонентов, к числу наиболее популярных ингредиентов относится кофеин или содержащий его экстракт растения гуараны, а также синефрин, экстракт эфедры и 1,3-диметиламиламин (ДМАА), а также такие физиологически активные компоненты, как креатин, индивидуальные высокоочищенные аминокислоты и отдельные витамины, в особенности группы [1,2,8].

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

В настоящее время практически не существует ПК без содержания кофеина, при этом одна рекомендованная производителем порция такого препарата может содержать до 400 мг кофеина, не говоря о других стимулирующих компонентах [1,2,5].

Материалы и методы. Для оценки эффективности и целесообразности применения ПК в тренировочный период были проведены клинические исследования, в которых участвовали 30 непрофессиональных спортсменов в возрасте от 16 до 35 лет мужского пола. Цель исследования - оценка качества психического здоровья, наличия тревожных расстройств и степени их выраженности. Для проведения оценки состояния психического здоровья использовалось обследование атлетов по HADS и шкале Гамильтона до начала использования ПК, на первой и четвертой неделе использования ПК.

Результаты. При обследовании по госпитальной шкале тревоги и депрессии до начала применения ПК тревоги в среднем у атлетов выявлено не было: 3

балла по шкале тревоги, 1 балл по шкале депрессии. После первой недели употребления ПК уровень тревожности вырос до 9, что указывает на состояние субклинически выраженной тревоги легкой степени, в основном за счет состояния внутреннего напряжения, моторного беспокойства. По шкале депрессии не было явных изменений, 3 балла (в основном за счет нарушения получения удовольствия от книг, фильмов и т.д.).

По результатам четвертой недели применения ПК показатели тревоги выросли до клинически выраженной тревоги (12 баллов) за счет усиления внутреннего напряжения, моторного беспокойства, ощущения страха и беспокойных мыслей. При этом спортсмены отмечали, что эти факторы не позволяют им расслабиться.

По шкале депрессии показатели доросли до 7 баллов, что является нормальным показателем.

При детализации выраженности и направленности тревожного состояния было применено обследование по шкале тревоги Гамильтона.

При первичном обследовании симптомов тревоги не было выявлено, как и при использовании госпитальной шкалы.

После первой недели употребления ПК спортсменами отмечались нарушения сна у 41%, тревожное настроение в большую часть времени суток (12%), нарушения сна (35%), соматические мышечные боли, которые спортсмены в основном связывали с повышенной физической нагрузкой на тренировке вследствие употребления ПК (19%), нарушения ЖКТ (5%).

При этом во время осмотра было выявлено нарушение поведения, в частности: беспокойная жестикуляция и походка, тремор, нахмуривание лица, напряженное выражение лица, вздохи или учащенное дыхание, частое сглатывание слюны.

По результатам обследования, выполненного после 4 недель употребления спортсменами ПК, было выявлено усиление тревожного состояния до 30 баллов по шкале тревоги Гамильтона.

При этом наиболее выраженным было тревожное состояние в большую часть времени суток (34%), нарушения сна в виде инсомнии и бруксизма (57%), выраженного страха неудачи (23%), депрессивного состояния (14%), соматических мышечных симптомов (71%), вегетативных нарушений (потливость, тремор конечностей) у 34%.

Нарушения поведения при осмотре были выявлены у 69% атлетов в виде неусидчивости, вздрагиваний, ускоренной речи, беспокойства при беседе, повышенной раздражаемости.

Для дальнейшей оценки субъективного психоэмоционального отношения непрофессиональных спортсменов при к приему ПК спустя 4 недели после начала применения данных препаратов спортивного питания нами было проведено анкетирование, которое включало следующие аспекты: выявление связи жалоб на общее самочувствие с употреблением ПК (в баллах от 1 до 5), продолжительности действия и выраженности эффектов спортивного энергетического напитка, а также личного отношения к эффективности препарата и желания продолжить его употребление.

Установлено, что все испытуемые положительно относятся к употреблению энергетических напитков, при этом 28% являются регулярными потребителями ПК и употребляют данный продукт ежедневно, 29% опрошенных пьют ПК не более трех раз в неделю, 43% опрошенных не более двух раз. При ответе на вопрос «выявление жалоб на общее самочувствие» 45% испытуемых не отмечали связи нарушения самочувствия и употребления ПК, 11% отмечали данную связь и 44% отметили положительное действие ПК при данных симптомах, то есть явно меняли причину и следствие, что свойственно людям с девиантным поведением.

Выводы. На основе исследований можно сделать вывод, что бесконтрольное употребление непрофессиональными спортсменами ПК провоцирует развитие тревожных расстройств, нарушений сна, повышенной раздражительности и провоцирует функциональные вегетативные расстройства, а также спо-

собствует формированию девиантного поведения вследствие употребления ПАВ стимулирующего характера и развитие депрессивного синдрома. Таким образом, можно констатировать тот факт, что основной вред ПК состоит в высоком содержании кофеина и других стимуляторов нервной системы, красителей, консервантов и их повышенной кислотности. Один из ключевых эффектов ПК заключается в стимуляции организма к выработке собственной энергии за счет его внутренних резервов, что приводит к перенапряжению и, в последствие, к истощению важнейших систем организма, снижению физиологических процессов.

В связи с этим, авторы исследования видят необходимость более пристального изучения не только влияния предтренировочных комплексов на физическое и психическое здоровье спортсменов, но и глубокое исследование преморбидного фона психики атлетов, имеющих склонность к употреблению психостимуляторов, что может послужить некоторой мерой профилактики заострения характерологических черт личности и, как следствие, психопатизации у непрофессиональных спортсменов.

Список литературы

1. Красина И.Б. Современные исследования спортивного питания / И.Б.Красина, Е.В.Бродовая // Современные проблемы науки и образования. 2017. № 5. С. 58.

2. Масленникова С.М. Тенденции развития спортивного питания / С.М. Масленникова // Наука и образование в современной конкурентной среде. Материалы Международной научно-практической конференции: в 3 ч.-2014.-С. 41-43.

3. Мохначев С.О. Психические и поведенческие расстройства вызванные употреблением других психостимуляторов, включая кофеин / С.О.Мохначев, М.Л.Рохлина // Руководство по наркологии Под ред. Н.Н. Иванца. Москва, 2008. С. 294-300.

4. Поплевченков К.Н. Клинические и личностные особенности у больных, употребляющих психостимуляторы и другие психоактивные вещества / К.Н. Поплевченков, Т.В. Агибалова // Вопросы наркологии. 2017. № 8. С. 140-142.

5. Стаценко Е.А. Применение психостимулирующих средств из группы метилксантинов с целью коррекции состояния спортсменов / Е.А. Стаценко, И.А. Чарыкова, Д.В. Руммо, В.В. Окульский // Медицинский журнал. 2009. № 4 (30). С. 101-103.

6. Хамроев Ф.А. Спортивное питание в повседневной жизни / Ф.А. Хамроев // Опыт реализации Федерального государственного образовательного стандарта в образовательных учреждениях Материалы II Всероссийской научно-практической конференции . Башкирский государственный университет; отв. ред. Г.Р. Туйсина. 2014. С. 145-148.

7. Чеченина С.В. Применение пищевых добавок в индустрии спортивного питания / С.В. Чеченина С.В., В.И. Курдюков // Вестник Хабаровского государственного университета экономики и права. 2017. № 3. С. 101-105.

8. Штерман С.В. Предтренировочные комплексы в спортивном питании / С.В. Штерман, М.Ю. Сидоренко, В.С. Штерман, Ю.И. Сидоренко // Пищевая промышленность. 2017. № 10. С. 54-57.

9. Доклад на официальном сайте FDA «Owner of Hi-Tech Pharmaceuticals and Co-Conspirators Sentenced in Prescription Drug Importation Ring» URL: https://www.fda.gov/iceci/criminalinvestigations/ucm261019.html

10. Незнанов Н.Г. Диагностика и терапия тревожных расстройств в Российской Федерации: результаты опроса врачей-психиатров / Н.Г. Незнанов, И.А. Мартынихин, С.Н. Мосолов // Современная терапия психических расстройств. – 2017. – No 2. – С. 2-13

КУРЕНИЕ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Ларина Ю.А., врач-психиатр
ГУЗ «ТОКПБ №1 им. Н.П. Каменева»
Тула, РФ

Аннотация. Редкость, если попадается пациент с диагнозом «шизофрения» и не курильщик. Проблема никотиновой зависимости среди лиц, страдающими психическими расстройствами, распространена намного шире, чем среди психически здоровых людей. Такие лица начинают курить в более раннем возрасте, курят больше и чаще, менее склонны к отказу от пагубной привычки. Может есть причина?

***Ключевые слова*:** курение, никотин, никотиновая зависимость, шизофрения.

Введение. У пациентов с диагнозом «шизофрения» нарушено единство психических процессов, затрагивается эмоционально-волевая сфера. Вследствие чего, такие лица более склонны к аддиктивному поведению. Многочисленные исследования и наблюдения указывают на то, что распространение вредных привычек, употребление различных психоактивных веществ у лиц, страдающих шизофренией, больше, чем в популяции в целом. Частота никотиновой зависимости у таких пациентов значительно выше, что не может не волновать при их госпитализации в стационар. [1]

Актуальность данного вопроса состоит в том, что при ограничении курения (особенно в вынужденных условиях больницы) возникает абстинентное состояние, проявляющееся снижением концентрации внимания, аффективными расстройствами (тревогой, раздражительностью, дисфорическим оттенком настроения), нарушением аппетита и сна, могут также быть и соматические проявления (запоры, тремор пальцев рук, изменение АД и др.). [2] Данные

проявления могут усугублять или маскировать симптомы шизофрении. Что нужно учитывать при лечебно-профилактических мероприятиях.

Изучая данный вопрос, выявляются не только отрицательные стороны курения табака у пациентов с шизофренией. Исследования американских ученых показывает, что у больных шизофренией происходит недостаточная выработка клетками гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК). ГАМК является нейромедиатором, регулирующим работу нейронов головного мозга. И в недостаточном количестве вызывает чувство тревоги, галлюцинации и дезорганизацию мышления у таких пациентов. Выяснилось, что на поверхности этих клеток присутствуют и никотиновые рецепторы. При выкуривании сигареты у шизофреников наблюдается уменьшение симптоматики, происходит кратковременное эмоциональное оживление, ускорение моторных реакций вследствие того, что никотин воздействует на клетки, которые вырабатывают ГАМК. Таким образом, было сделано предположение о «самолечении» больных никотином. Профессор Гуидотти А. (Чикаго) с его группой провели опыт на мышах: грызунам в различных группах вводились определенные дозы никотина. Таким образом, у мышей - «злостных» курильщиков (доза никотина соответствовала 20-30 сигаретам для человека) наблюдалась уменьшенная выработка белка ДНК-метилтрансферазы (на 38%), вследствие чего происходило увеличение производства ГАМК. Что дает предположение о природе уменьшения симптомов, связанных с недостаточным количеством данного нейромедиатора. Также профессор Паркер Г. отмечает своего рода «самолечение» никотином при шизофрении, указывая на то, что развитие шизофрении может быть связано с нарушением в выработке дофамина (нейротрансмиттера). А при выкуривании сигареты поднимается его уровень. [3]

Существуют доказательства генетической связи между шизофренией и никотиновой зависимостью. Ученые сравнили гены, связанные с данными заболеваниями и обнаружили 52 общих гена. Это может объяснить некоторую генетическую предрасположенность к курению при шизофрении. [4] Информа-

ция появилась совсем недавно и требует дополнительного и более детального изучения, чтобы прийти к какому-то определенному выводу.

Данный вопрос остается до конца не изученным.

В настоящее время остается пока создавать мотивацию у пациентов к отказу от курения, способствовать их лечению от вредной привычки, но не заставлять. Ведь если врач будет запрещать курить, это приведет к снижению уровня доверия со стороны пациента, спровоцирует его скрываться, нарушится понимание, доверие и комплаенс в системе «врач-пациент».

Список литературы:

1. Потребление психоактивных веществ, алкоголя и курение табака лицами, страдающими шизофренией: исследование типа случай-контроль. / McCreadie R. Журнал «Вопросы наркологии» № 5. Изд-во Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского, г. Москва. 2003г. с. 73-74. ISSN: 0234-0623

2. Наркология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. с. 405. ISBN 978-5-9704-3888-6.

3. Почему мы разрешаем пациентам с шизофренией курить, или психоз и курение – все ли так просто? / О.С.Чабан, Ю. В. Жабенко, Е. Ю. Жабенко. Журнал «НейроNews: психоневрология и нейропсихиатрия» номер журнала 5 (24)' 2010. Изд-во: ООО «Медицинский журнал «Нейроньюс», г. Киев. 2010 г. ISSN: 2312-2064 https://neuronews.com.ua/ru/issue-article-331/Pochemu-my-razreshaem-pacientam-s-shizofreniey-kurit-ili-psihoz-i-kurenie-vse-li-tak-prosto-#gsc.tab=0

4. Отказ от курения среди лиц с шизофренией. / Автор перевода статьи Сафи А.И. Научно-образовательный проект «Психиатрия & Нейронауки», г. Санкт-Петербург. https://psyandneuro.ru/stati/promoting-smoking-cessation-in-individuals-with-schizophrenia/

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА И СИНДРОМА ТАЗОВОЙ БОЛИ

Мелёхин А.И., к.пс.н., клинический психолог высшей квалификационной категории, когнитивно-поведенческий психотерапевт Многопрофильной клиники Лагуна-Мед (Москва); старший преподаватель Гуманитарного института имени П.А.Столыпина
Москва, РФ

На данный момент хронический простатит (ХП) и синдром хронической тазовой боли (ХТБ) составляют группу самых распространенных расстройства в урологической практике [2]. Примерно 40-45% пациентов не достигают приемлемого терапевтического эффекта, дают неоднородный ответ на лечение, остаются невосприимчивыми к терапии[6]. Нейроиммунологическая или мионевропатическая этиология продолжает сбивать с толку врачей-урологов, нейроурологов в выборе тактики лечения [3]. Несмотря на десятилетия проведения исследований по лечению ХП и ХТБ с помощью фармакологической терапии, ни один из них не продемонстрировал доказанную эффективность в плацебо-контролируемых клинических исследованиях [5;6].

Противомикробная, противовоспалительная терапия, альфа-адреноблокаторы не обеспечивают значительного улучшения симптомов и не всегда улучшают удовлетворенность качеством жизни пациента, что увеличивает риски развития психических расстройств, социальной инвалидизации, финансового стресса за счет «лечения в аптеке» и частому обращению к врачам-урологам и сдачей анализов [2;5].

В нейроурологии функциональные нарушения мочеполовой системы принято рассматривать как гетерогенные синдромы. Так согласно модели мочевой пузырь-кишечник-нервная система (bladder–gut–brainaxis) [5] представленной нами рис. 1 психосоциальные факторы, жизненный стресс (ранний

травматический опыт, повседневный стресс), стиль совладания со стрессом (преобладание эмоционально-ориентированного), личностные предиспозиции (нейротизм, негативная аффективность), висцеральная гиперчувствительность, нейроэндокринный баланс, инфекционная этиология, состав микробиоты, желудочно-кишечные нарушения, изменения в психическом состоянии (рекурентное депрессивное расстройство, генерализованное тревожное расстройство, ПТСР, суицидальность, хроническая бессонница) играют ключевую роль в развитии и течении функциональных нарушений мочеполовой системы, болезнь-ориентированном поведении и результатах терапии.

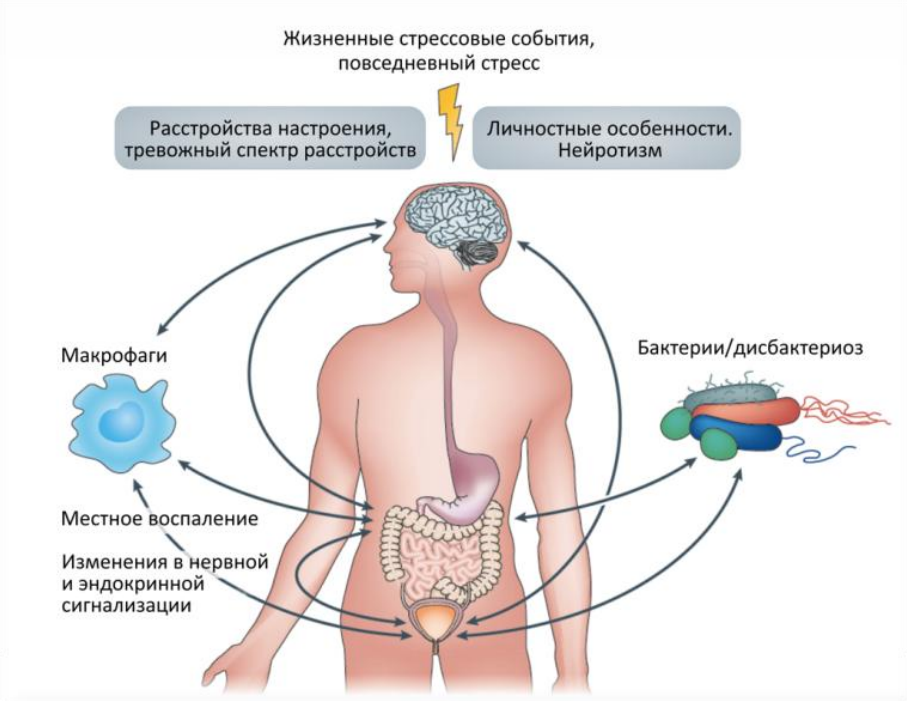


Рис. 1 Модель мочевой пузырь-кишечник-нервная система
К. Лию и Дж. Краимель [5] (перевод А.И. Мелёхин)

При изменениях в психологической устойчивости у мужчин стрессовые факторы приводят к системному воспалительному процессу, который через нейроиммунную сеть влияет на соматическое и психическое благополучие пациента. В связи с этим на данный момент произошел переход от орган-центрированного понимания урологических функциональных нарушений (organ-centereddisease) к мультимодальному подходу [5;6]. На рис. 2. представ-

лен мультимодальный алгоритм (UPOINT system)[6] позволяющий в ходе лечения пациента с ХП и ХТБ на основе биопсихосоциального подхода учитывать клинический фенотип пациента (урологический, психосоциальный, органоспецифический, инфекционный, неврологический статус и мышечная чувствительность).

Рис. 2. Мультимодальная урологическая терапия UPOINT [6] (перевод А.И. Мелёхин)

В повседневной урологической практике недооценивается мультиморбидный фенотип (multimorbidityphenotype [6]) и полисиндромномность урологического пациента. Так функциональные состояния мочеполовой системы частично перекрываются с функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта (синдром раздраженного кишечника, функциональная диспепсия), аффективной коморбидностью (тревожный спектр расстройств, депрессии), что способствует устойчивости к лечению. В связи с этим требуется мультимодальная терапия, фенотип ориентированная (specificphenotype-directedtherapy, включающая в себя интеграцию медицинского, физиотерапев-

тического и психотерапевтического (когнитивно-поведенческая терапия) подходов с учетом потребностей пациентов и их партнеров [2;3].

Говоря про психосоциальный компонент терапии (рис.2) следует отметить, что при рефрактерном ХП и ХТБ наблюдается наличие у пациентов такой когнитивно-эмоциональной особенности как склонности к катастрофизации, которая связана с интенсивностью боли, рисками развития ипохондрического расстройства и сниженной удовлетворенностью качеством жизни [1]. Под катастрофизацией понимается тенденция к чрезмерному преувеличению телесных ощущений, постоянному тревожному размышлению о болезненных ощущениях и собственной беспомощности [1].

Катастрофическое мышление или катастрофизация признан самым сильным биопсихосоциальным предиктором ХП и ХТБ и одной из основных мишеней психотерапии. Для минимизациикатастрофицзации в зарубежной урологической практике применяют когнитивно-поведенческую психотерапию (КПП, Cognitive Behavioural-Symptom Management Program) [1;2;3;4].

Цель КПП [3;4]: снижение у урологического пациента психологического дистресса за счет повышение психологической устойчивости, т.е. 1) инициации чувства надежды путем помощи пациенту усиливать веру в то, что он может самостоятельно управлять симптомами; 2) усиливать самоуправление за счет обучение когнитивным и поведенческим навыкам ориентированным не только на гибкую адаптацию к стрессовым ситуациям, но и здоровье-сберегающее и профилактическое поведение; 3) разрушить установленные шаблоны катастрофизирующего мышления («а вдруг», «если…то»); 4) усилить у пациента способность к антиципации проблем с их эффективным самоуправлением.

Мишени КППпациента с ХП и ХТБ[2;3;4]:

- Минимизация негативного представления о здоровье и болезни. Поискового поведения («а почему анализ повышен?», «а вдруг это не урология…») и феномена «лечения в аптеке»;

- Снижение сензитивности, т.е. повышенной чувствительности к висцеральным раздражителям (visceral hyper sensitivity) в форме гипералгезии («ощущение кома/шара в промежности», «давления», «резей», «напряжение в животе»);
- Снижение негативного телесного дистресса, т.е. симптом-ответа на стресс (дискомфорт, мнимый позыв к мочеиспусканию) или подавление эмоции;
- Снижение повышенного нейротизма и негативной аффективности. Негативного когнитивного смещения при восприятии информации в форме катастрофизации («опять мне плохо») как неадаптивного преувеличения угрозы, которое сопровождается чувством беспомощности. Например, страх недержания, неполной эрекции, потери мужественности.
- Реорганизация дисфункционального глубинного убеждения: «я беспомощный», «не должен опозориться, потерять лицо… нужно все держать под контролем»;
- Психологическая гибкость. Оптимальный баланс между проблемно и эмоционально-ориентированными копинг стратегиями. Навыки решения проблемных ситуаций;
- Снижение избегающего («туалетного», телесно-сканирующего, лекарственного) поведения. Перестраховочного приема препаратов (чаще антибиотиков).
- Усиление физической (приседания, подъемы рук в наклоне, выпады с наклоном) и кардиоактивности.

Протоколы КПП при лечении ХП и ХТБ [1;2;3;4;6]:

- Когнитивно-поведенческое управление стрессом (cognitivebehavioral stress management, CBSM) фокусируется на решении точных проблем, которые затрагивают пациента. Например, страхи импотенции (неполной эрекции), близости, недержания мочи. От 4 до 12 сессий проводимых один или два раза в неделю, по 90 мин.

- Соматокогнитивная терапия (somatocognitivetherapy) илитерапия усиления эмоциональной осведомленности и выражения (Emotional Awareness and Expression Training) направлена на выявление дисфункциональных эмоций (гнев, страх) через осознание телесных ощущений, их адекватную когнитивно-поведенческую обработку для минимизации эмоционального избегания. Целью лечения является, то чтобы пациент добился нового признания и гибкого отношения к собственному телу. Через телесное исследование происходит процесс перестройки дисфункциональных когнитивных схем, которые усиливают боль, беспокойство и симптомы депрессии.

- Когнитивно-поведенческая терапия сексуальных проблем (cognitive-behavioral approach to sex therapy) направлена на сниженную сексуальную уверенность в себе, тревогу, ангедонию и страхи. Терапия включает в себя 1) психообразовательный компонент, который охватывает анатомию и физиологию оргазма, эякуляции. Роли катастрофизирующего мышления в поддержании эректильной дисфункции; 2) поведенческий компонент, техника «стоп-старт тревога», «сжатие напряжения», усиление чувственной концентрации и расслабления; 3) когнитивный компонент включает в себя изучение предрасполагающих фактором приводящих к катастрофизирующему мышлению и оспариванию их. Протокол от 8 до 12 сессий.

- Когнитивно-экзистенциальная терапия пар (cognitive existential couple therapy) фокусируется на неуверенности пациента справиться с заболеванием, канцерофобии, страхе смерти, проблемы в мужской самооценке, управлении побочными эффектами от лечения, минимизации семейного дистресса (риски развода, сексуальные трудности).

- Терапия усиления осознанности (mindfulness-based cognitive therapy) позволяет с помощью техник (сканирование тела, физиологический барометр, медитации со смещенным вниманием, техники осознанных движений) сформировать у пациента навыки невозмутимости по отношению к опыту дискомфортных ощущений, негативных мыслей и эмоций.

Эффективность КПП. Несмотря на ограничения доступных исследований, показано, что у мужчин с хроническим простатитом и тазовой болью дополнительное применение протоколов когнитивно-поведенческой психотерапии снижало катастрофизацию, болевое поведение и депрессивные симптомы. Улучшало удовлетворенность качеством жизни и сексуальное функционирование. Ремиссия сохранялась на протяжении 3-9 месяцев [2;3;4].

Список литературы

1. Kwon J.K., Chang I.H. Pain, catastrophizing, and depression in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. //Int Neurourol J. 2013. Vol. 17. № 2. P. 48-58.
2. Wang J., Liang K,, Sun H. Psychotherapy combined with drug therapy in patients with category III chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A randomized controlled trial.// Int J Urol. 2018. Vol. 25. № 8. P. 710-715.
3. Tripp D.A., Nickel J.C., Katz L. A feasibility trial of a cognitive-behavioural symptom management program for chronic pelvic pain for men with refractory chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. //Can Urol Assoc J. 2011. Vol. 5. № 5. P. 328-32.
4. Brünahl C.A, Klotz S.G., Dybowski C. Combined Cognitive-Behavioural and Physiotherapeutic Therapy for Patients with Chronic Pelvic Pain Syndrome (COMBI-CPPS): study protocol for a controlled feasibility trial. //Trials. 2018. Vol. 19. № 1. P. 20-29
5. Leue C., Kruimel J, Vrijens D. Functional urological disorders: a sensitized defence response in the bladder-gut-brain axis.// Nat Rev Urol. 2017. Vol.14. № 3.P. 153-163
6. Khan A., Murphy A. Updates on therapies for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome// World J Pharmacol. 2015. Vol. 4. № 1. P. 1-16

ВЗАИМОСВЯЗЬ МОТИВАЦИИ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЬ

Павел А.А., аспирант (соискатель) кафедры психологии факультета философии и социальных наук

Белорусский государственный университет,

Минск, Беларусь

Аннотация. Изучение мотивов и детерминант потребления алкоголя несовершеннолетними имеет приоритетное значение для организации эффективной профилактической работы. Были исследованы особенности совладающего поведения и мотивации потребления алкоголя у 200 несовершеннолетних. Была выявлена взаимосвязь между копинг-стратегиями и мотивацией потребления алкоголя у несовершеннолетних лиц, употребляющих алкоголь.

Ключевые слова: несовершеннолетние, аддиктивное поведение, потребление алкоголя, мотивация потребления алкоголя, совладающее поведение.

Проблема потребления психоактивных веществ несовершеннолетними негативно отражается на демографическом, социальном и экономическом развитии страны. Профилактика потребления алкоголя несовершеннолетними остается одной из важнейших задач современного здравоохранения.

Большинству молодых людей удается пройти подростковый период достаточно позитивно благодаря биологической и психологической устойчивости, поддержке со стороны семьи и социальной среды. Однако, часть подростков неспособна справиться с разнообразным влиянием и давлением, которое они испытывают [4, 38]. У несовершеннолетних, употребляющих психоактивные вещества, наблюдается более высокий суицидальный риск. Не имея достаточных ресурсов, чтобы справиться с эмоциональным дискомфортом, подростки

зачастую прибегают к употреблению психоактивных веществ как к одному из способов «решения проблемы» [1, 84].

Подростки и молодые люди с формирующейся зависимостью характеризуются в большей степени неадаптивными поведенческими, когнитивными и эмоциональными паттернами проблемно-решающего поведения [2, 75]. Характеристики мотивации употребления алкоголя и эмоциональной регуляции во многом определяют клиническую картину заболевания пациентов с алкогольной зависимостью и их реабилитационный потенциал [3, 69].

Цель исследования: изучить взаимосвязь совладающего поведения и мотивации потребления алкоголя подростками.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняло участие 200 человек в возрасте 14-18 лет: 1 группа (основная, употребляющая алкоголь) – 100 человек, и 2 группа (контрольная, не употребляющая алкоголь) – 100 человек. Основную группу составили подростки, состоящие на учете у врача-психиатра-нарколога с диагнозом «употребление психоактивных веществ с вредными последствиями (100 человек), группу сравнения – несовершеннолетние, не состоящие на учете у врача-психиатра-нарколога (100 человек).

С целью изучения характера потребления алкоголя несовершеннолетними был использован скрининговый инструмент для выявления алкогольных проблем CAGE (УРВО). Для исследования мотивов аддиктивного поведения была использована методика «Мотивация потребления алкоголя» (Завьялов В.Ю., 2003). Изучение особенностей стрессоустойчивости и выявление индивидуального стиля совладания со стрессом у несовершеннолетних было реализовано посредством опросника E. Heim (1988).

Результаты. По результатам теста CAGE был выявлен характер потребления алкоголя среди подростков основной группы: 63% не употребляют алкоголь на момент исследования, 31% ситуативно употребляют алкоголь и для 6% подростков характерно систематическое употребление алкоголя. Среди подростков контрольной группы: 97% подростков не употребляют алкоголь на мо-

мент исследования, 3% ситуативно употребляют алкоголь. Для установления различий использовался U-критерий Манна-Уитни (Rsum1=1268 Rsum2=7419; U=2369, p<0,01). Было выявлено, что подростки основной группы употребляют алкоголь чаще. По результатам методики Завьялова В.Ю. «Мотивация потребления алкоголя» у подростков обеих групп были выявлены схожие мотивы употребления алкоголя. Значимых различий в общей мотивации потребления алкоголя, согласно данным сравнительного анализа, между подростками основной и контрольной групп обнаружено не было. Подростки, прибегающие к адаптивным эмоциональным копинг-стратегиям («эмоциональный протест», «оптимизм», «активное возмущение сложившейся ситуацией»), имеют более высокие показатели по мотивации потребления алкоголя: общее мотивационное напряжение в поисках алкоголя возрастает. В их мотивационном профиле преобладают: атарактический, истинно аддиктивный мотив и мотив самоповреждения. Можно провести параллель между высоким эмоциональным напряжением и общей напряженностью в поисках алкоголя, в результате чего алкоголь воспринимается как средство нейтрализации фрустрирующих эмоциональных переживаний. Данным подросткам свойственна истинно патологическая мотивация употребления алкоголя: аддиктивные мотивы и мотивы самоповреждения.

Выводы: изучение взаимосвязи мотивации потребления алкоголя и копинг-стратегий несовершеннолетних лиц, употребляющих алкоголь, позволит оптимизировать подходы к профилактической работе с несовершеннолетними лицами, употребляющими алкоголь.

Список литературы

1. Александрова, Н.А. Аддиктивное поведение у несовершеннолетних как фактор риска совершения суицида / Н.А. Александрова, Е.Ю. Шкитырь // Наркология. – 2018. – №12. – С. 84-91.

2. Игумнов, С.А. Личностные особенности и дисфункциональные паттерны совладающего поведения молодых людей из группы риска по зависимости от

«новых» ПАВ / С.А. Игумнов, Ю.А. Николкина, А.С. Лобачева, П.С. Лапанов, С.С. Сулейманова // Вопросы наркологии. – 2018. – №5. – С. 75-78.

3. Климакова, С.Г. Взаимосвязь мотивации употребления алкоголя и характеристик эмоциональной регуляции у пациентов с алкогольной зависимостью / С.Г. Климакова, А.В. Трусова, А.А. Березина, А.Н. Гвоздецкий // Вопросы наркологии. – 2018. – №5. – С. 69-72.

4. Эду, Е. Молодежь и потребление наркотиков: как охватить молодежь в группе риска и предоставить им подходящее лечение / Е. Эду // Наркология. – 2017. – №2. – С. 38-41.

ПРОБЛЕМНО-РЕШАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ

Рогов А.В., ассистент кафедры «психиатрии наркологии и детской психиатрии»
Абдуллаева В.К., д.м.н., доцент, заведующая кафедрой «психиатрии, наркологии и детской психиатрии»
Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкент, Узбекистан

Аннотация. Проблемно-решающую функцию нейрокогнитивного пула оценивалась следующим образом: решения задачи «пирамида Ханоя». Было установлено, что больные параноидной шизофренией с сопутствующими хроническими вирусными гепатитами, показали значимо более низкую продуктивность в выполнении поставленной проблемы по сравнению с больными параноидной шизофрении без сопутствующей соматической патологии.

Ключевые слова: нейрокогнитивный дефицит, параноидная шизофрения, проблемно решающее поведение

Научное сообщество психиатров, нейрофизиологов и медицинских психологов все более пристально рассматривает проблему шизофренического процесса с точки зрения концепции нейрокогнитивных расстройств [1,3]. Расстройства составляющих когнитивного пула, вероятно, лежит в основе таких феноменов как нарушение социального функционирования, снижение уровня качества жизни, нарушения эмоционального интеллекта и проблемы комплаентности у больных шизофренией. Разнообразие вариантов нарушений когнитивных функций и их влияние на различные аспекты шизофренического процесса оставляет открытыми большое количество вопросов и дает богатую почву для научных изысканий в этой области. Важной составляющей когнитивного пула, в существенной степени определяющим его профиль, является функция проблемно-решающего поведения. Когнитивные рассуждения часто включают в себя принятие иерархически организованных решений различного порядка [7], в результате процесса планирования, накопления и обработки информации об ошибках, предопределяет дальнейшие действия или же бездействие человека. Уникальность выбора стратегии и тактики в решении поставленной проблемы – эта одна из основных интеграционных функций человеческой психики, и относится к приоритетным этапам в выборе модели социального функционировании. Бесспорно, на проблему выбора влияет большое количество переменных, в виде различных внешних факторов. Однако, при этом прослеживается закономерное влияния хронических соматические расстройств на когнитивные функции в том числе и стратегии выбора в рамках проблемно решающей концепции. Многими авторами показано, что хронически протекающие сопутствующие инфекционные заболевания, негативно влияют на течения шизофрении, подвергая привычную психопатологическую картину своеобразному патоморфозу. Хронические вирусные гепатиты являются одной из наиболее распространенных групп среди данного контингента пациентов, исследования, проведенные многими авторами, позволили установить, что маркеры HBV-инфекции встречались у 23,0 - 81,3% больных. Среди них HBsAg определялся в

2,0 -18,1% случаев. Анти-HCV обнаруживались у 0,42 — 20,3% пациентов психиатрических клиник. В литературе обнаруживается достаточно большой информационный пласт, посвященный проблеме когнитивных нарушений у больных шизофренией, при этом не освещены влияния хронических заболеваний, а именно вирусного гепатита, на проблемно решающее поведение у больных параноидной шизофренией.

Цель исследования изучить влияния хронических вирусных гепатитов, на навыки, определяющие проблемно решающее поведение у больных параноидной шизофренией.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе Ташкентской городской клинической психиатрической больницы. Было обследовано 64 больных с верифицированным диагнозом в соответствии с МКБ-10 параноидная шизофрения (F-20.0). Группу исследования составляли 43 больных. Критерием отбора служило наличие сопутствующего диагноза - хронический вирусный гепатит С (ХГС) и хронический гепатита В (ХГВ). Для достижения поставленной цели были использованы экспериментально-психологические и клинико-статистические методы исследования. Оценка психопатологического статуса проводилась при помощи шкалы позитивных и негативных синдромов (Positiveand Negative SyndromeScale - PANSS). Проблемно-решающую функцию нейрокогнитивного пула оценивалась следующим образом: решение задачи «пирамида Ханоя» с заданными параметрами - состоит из трех стержней и четырех колец с минимальным количеством ходов по формуле $2^n - 1$, где n — число дисков. Второй задачей оценки проблемно-решающего поведения являлся тест Towerof London est, разработанный T.Shallice [Shallice, 1982]состоящий из 10 заданий, структурированных и унифицированных для всех респондентов форме. Учитывалось время на определение тактики выполнения задания, время, затраченное непосредственно на решение задания, количество ходов, количество ошибок, оценивалась способность респондентов с учетом опыта сделан-

ных ошибок применять эту информацию для более рационального решения поставленной задачи.

Результат и обсуждение. Результаты исследования показали, что существует значительная разница между двумя группами в решении задачи «пирамида Ханоя». При объяснении условий задачи больные с параноидной шизофренией без сопутствующей патологии в большинстве случаев не испытывали проблем с усвоением правил решения задачи, только в двух случаях необходимо было повторное объяснение, тогда как в группе с сопутствующими вирусными гепатитами подобное объяснение понадобилось уже у 5 (11,62%) больных. При этом двое после нескольких повторов отказались участвовать в эксперименте. Время для оценки задания, принятия решения и начала решения задачи у больных параноидной шизофренией с сопутствующими вирусными гепатитами в среднем было несколько больше 15±0,7 сек., чем у группы сравнения 8±0,4 сек., при этом нельзя говорить, что оно затрачивалось на более глубокий анализ и выбор оптимальной стратегии решения задачи, так как последующее решение не отличалось большой точностью. Время на выполнение задачи в основной группе было в среднем затрачено больше, чем в группе сравнения. В основной группе средняя продолжительность времени, затраченной на выполнение поставленной задачи, составляло в среднем 11±1,1 минуты, в группе сравнения на аналогичное задание было затрачено в среднем 8±0,9 минуты. Для выполнения поставленной задачи наиболее значимым было показатели количество ходов и ошибок, показатель, определяющий качество выбранной стратегии при решении задания, у больных основной группы в среднем 51±1,7 ходов, в группе сравнения среднее количество ходов составляло 39±1,5 ходов. Это свидетельствует в пользу качественного снижения анализа проблемы и как следствие неадекватное стратегическое планирование в проблемно-решающем поведении. Ошибки при выполнении задания, несоответствие хода правилам теста в основной группе составляли в среднем значении 11±4, а в группе сравнения 9±5. Способность респондентов правильно решать задания, основываясь на

опыте сделанных ошибок, значимо отличалось в различных группах. В основной группе 19 (44,1%) больных при допущении ошибок начинали задание с начала и допускали аналогичные ошибки по три и более раз, 6 (13,9%) больных после нескольких попыток и ошибок отказались от дальнейшего выполнения теста, 3 (6,9%) после повторной ошибки проявили агрессию к материалу тестирования. В основной группе 15 (34,8%) больных во время проведения тестирования при допущении стратегических ошибок не повторяли их в дальнейшем, учитывая предыдущий опыт. В группе сравнения только 3(14,28%) отказались от выполнения теста после нескольких ошибок, 12(57,1%) больных учитывали предыдущие ошибки и их не совершали, 6 (28,5%) по несколько раз совершали аналогичные ошибки. Из вышеуказанного следует, что больные параноидной шизофренией с сопутствующими хроническими вирусными гепатитами значимо хуже воспринимают получаемую новую информацию, им намного сложней провести анализ своих ошибок и использовать полученный опыт в решении поставленной задачи, возможно, это косвенно свидетельствует о более глубокой дезинтеграции когнитивных функций, вызванных сопутствующими патологиями.

Выводы. Таким образом, нами было установлено, что больные параноидной шизофренией с сопутствующими хроническими вирусными гепатитами показали значимо более низкую продуктивность в выполнении поставленной проблемы по сравнению с больными параноидной шизофрении без сопутствующей соматической патологии. Хронические вирусные гепатиты в значительной степени влияют на проблемно-решающее поведение у больных параноидной шизофрении

Список литературы

1. Абдуллаева В. К., Нурходжаев С. Н. Особенности социальной адаптации у пациентов с коморбидными аффективными и личностными расстрой-

ствами // Общая психопатология: традиции и перспективы [электронный] // 2017 год с.25.

2. Алексеев А.А., Рупчев Г.Е., Катенко С.В. Нарушения планирования при шизофрении. Психологические исследования, 2012, 5(23), 9. http://psystudy.ru. 0421200116/0033.

3. Ткаченко С.В., Бочаров А.В. Нейропсихологический анализ дефекта при шизофрении и аффективных психозах / Шизофренический дефект (диагностика, патогенез, лечение) / под ред. Вовина Р.Я. СПб.: Изд-во Психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева, 1991. С. 95–124.

4. Дорофейкова М. В. нарушения когнитивных функций при шизофрении и их коррекция /Современная терапия психических расстройств. – 2015. – № 1. – с. 2–8.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ МОТИВАЦИИ К ТЕРАПИИ

Султанов Ш.Х., д.м.н., заведующий кафедрой психиатрии Ташкентского Стоматологического института

Ашуров З.Ш., д.м.н., заведующий кафедрой психиатрии Ташкентской Медицинской Академии

Ходжаева Н.И., профессор кафедры психиатрии Ташкентской Медицинской Академии

Ташкент, Узбекистан

Аннотация. Низкий уровень мотивации формируется у лиц с наиболее неблагоприятным сочетанием предрасполагающих факторов: наличием преморбидных личностных девиаций, неблагоприятным социальным окружением. Высокий уровень мотивации к лечению формируется у стеничных, целеустремленных лиц, с хорошим уровнем физического здоровья, без неврологи-

ческих нарушений, благополучным микросоциальным окружением, достаточно высоким уровнем интеллекта. В лечении и реабилитации больных опийной наркоманией необходимо учитывать уровень мотивации: больным с низким уровнем мотивации показаны как можно более длительные и повторяющиеся курсы стационарного лечения с последующей длительной реабилитацией в специальных центрах.

Одним из наиболее тяжелых заболеваний аддиктивного круга является опийная наркомания и, несмотря на множество работ, не всем аспектам клиники с психопатологических позиций уделено необходимое внимание, в частности, уровням мотивации (1, 326; 2, 146,147; 3, 18-23;). Не уточнены факторы, способствующие становлению того или иного типа течения, не определены особенности терапии восстановительного лечения при высоком и низком уровнях мотивации к лечению. Устойчивую тенденцию к утяжелению течения опийной наркомании, заставляющую врачей в своей повседневной практике сталкиваться с необходимостью решения все более сложных задач – диагностических, лечебных и восстановительно-реабилитационных – отмечают в своих работах отечественные и зарубежные авторы (1, 326; 4, 25-38).

Цель. Основной задачей нашего исследования было установление различий между характеристиками больных с высокой и низкой степенью мотивированности к лечению и прохождению реабилитации. Определяли характер влияния преморбидных и характерологических особенностей на структуру психопатологической картины при разных уровнях мотивации, а также роль средовых факторов на клинические проявления болезни.

Обследовано 43 пациента (34 мужчин и 9 женщин в возрасте от 19 до 32 лет), страдающих опийной наркоманией. 1-ю группу составили 28 пациентов - лица с отсутствием намерения лечиться, сопротивлением терапии, уклонением от лечебно-реабилитационных мероприятий. Вторая группа - 15 пациентов, была сформирована из больных, которые заявляли о намерении лечиться, акку-

ратно выполняли все назначения врача и психолога, строго следовали лечебному режиму.

У больных с низким уровнем мотивации (1 группа) в анамнезе часто определялись - малая мозговая дисфункция, ЧМТ. Психическая зависимость сформировалась в 100% за 0,5-2 месяца, причем в 35% - за срок менее двух недель, в среднем за 0,86±0,32 месяца, а с высоким уровнем мотивации, в основном, - за 3-6 месяцев (76%), различия между этими показателями достоверны ($p<0,05$).

Давность злоупотребления героином у наибольшего количества пациентов к моменту первичного обследования составила от 8 месяцев до 5 лет. У 25 (64,9%) больных были преморбидные личностные девиации, которые, однако, не выходили за рамки акцентуации характера. На момент исследования среди пациентов отмечалась высокая доля нигде не работающих и не учащихся (38,5%). Больше половины больных были в частном секторе (55,5%). Большинство из обследованных пациентов еще до употребления героина отличались девиантным поведением. Из результатов проведенных исследований наглядно видно неблагополучие в семьях (из неполной семьи – 37,7%). Употреблению героином предшествовало эпизодическое злоупотребление алкоголем, марихуаной, стимуляторами, галлюциногенами, снотворными и летучими растворителями – на уровне проб, без формирования зависимости.

Низкий уровень мотивации формируется у преморбидно аномальных личностей, среди которых преобладают аффективно-неустойчивые и истеровозбудимые личности с негативными социальными установками и крайне неблагоприятным микросоциальным окружением. Больные с низким уровнем мотивации начинают употреблять героин в значительно более раннем возрасте, чем при высоком уровне мотивации к лечению заболевания (в 13%). Симптомы и синдромы заболевания формируются в сжатые сроки (формирование 1 стадии исчисляется днями) и ярко выражены. В постабстинентном состоянии для них характерны выраженные дисфории. Личностные изменения в этой группе фор-

мируются за короткое время и проявляются патохарактерологическими изменениями личности по эксплозивному, невротическому и астено-ипохондрическому типу, которые сочетаются с выраженными морально-этическим снижением. По мере углубления заболевания изменения личности быстро нарастают, способствуя быстрой психической, физической и социальной дезадаптации больных.

Длительность начальной стадии героиновой наркомании при высоком уровнем мотивации многократно превышает таковую, при низком уровне мотивации исчисляясь не неделями, а месяцами, возможна длительность даже до нескольких лет. Психопатологические проявления ограничивалась аффективным регистром и неврозоподобным уровнем со всеми психопатологическими характеристиками. Психический дефект малозаметен, нарастает медленнее, его формирование затягивается на месяцы и годы. Особенностью синдрома физической зависимости при высоком уровне мотивации является его парциальность, рудиментарность, замедленное развитие, меньшая степень компульсивности влечения. Больные могли отказаться от приема героина сознательно, под действием обстоятельств.

К факторам, способствующим высокому уровню мотивации относятся личностные, психологические, социальные, микросоциальные особенности пациентов: у них были доверительные и теплые отношения с родными и близкими, эти пациенты отличались высоким интеллектом, многие из них или учились, или закончили высшие учебные заведения, имели собственные цели в жизни, были заняты работой, учебой, увлечениями. Высокий уровень мотивации у пациентов характеризуется замедленным формированием основных симптомов и заболевания в целом, меньшей тяжестью симптоматики и отсутствием или меньшей выраженностью социально-психологических последствий наркомании, что в целом позволяет расценить как относительно доброкачественный вариант течения. В этой группе возможны спонтанные ремиссии.

Высокий уровень мотивации к лечению формируется у стеничных, целеустремленных лиц, с хорошим уровнем физического здоровья, без неврологических нарушений, благополучным микросоциальным окружением, сохраненными доверительными внутрисемейными отношениями, достаточно высоким уровнем интеллекта. Имеющие место медико-социальные последствия менее выражены, чем при наличии низкого уровня мотивации к лечению.

Таким образом, тяжесть нарушений с социальными последствиями в течение героиновой наркомании у пациентов представлено 2-мя типами: высоким и низким уровнем мотивации к лечению. В лечении и реабилитации больных опийной наркоманией необходимо учитывать уровень мотивации: если больным с низким уровнем мотивации показаны как можно более длительные и повторяющиеся курсы стационарного лечения с последующей длительной реабилитацией в специальных центрах, больные с низким уровнем мотивации нуждаются в лечении резидуальных поражений ЦНС, а пациенты с высоким уровнем мотивации с сохраненными внутрисемейными отношениями, нуждаются в длительном амбулаторном наркологическом контроле.

Список литературы

1. Благов Л.Н., Найденова Н.Г., Найденова И.Н., Власова И.Б., Ермакова А.В.//Синдром анозогнозии в клинике опиоидной зависимости // 2005, ХП Российский национальный конгресс «Человек и лекарство», Тезисы докладов, 18-22 апреля 2005 г, С. 326.

2. Кузнецов А.Г., Белокрылов И.В. Динамика опийной наркомании, формирующейся у лиц с пограничным расстройством личности - Материалы 1 Всероссийской национального конгресса по наркологии.М.2009 – С.146-147.

3. Найденова И.Н. //Героиновая наркомания с малопрогредиентным течением у лиц молодого возраста// 2002, Сборник «Неотложные состояния в наркологии» под редакцией проф. Цыганкова, Москва, С. 18-23.

4. Diana H. Fishbein Barbara A. Flannery, Doris J. Langevin, EvgenyKrupitsky. – Neurocognitive characterizations of Russian heroin addictsмwithout a significant history of other drug use. – Drug and Alcohol Dependence 90 (2007). P. 25 –38.

ВЗАИМОСВЯЗИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К НАРКОТИКУ С КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИМИ ПАРАМЕТРАМИ ФОРМИРОВАНИЯ И ТЕЧЕНИЯ ГЕРОИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Султанов Ш.Х., Ашуров З.Ш., Ходжаева Н.И., Кеворкова М.А.
Ташкентская Медицинская Академия
Ташкент, Узбекистан

Цель: изучение взаимосвязи вариантов патологического влечения к наркотику (ПВН) с клинико-динамическими параметрами формирования и течения героиновой зависимости.

Материалы и методы исследования: исследование включало 109 больных с синдромом героиновой (опийной) зависимости (F10.25 или F10.26, МКБ-10), который характеризовался наличием периодического или постоянного влечения к наркотику, симптомокомплексом отмены, утратой альтернативных интересов. Для регистрации полученных данных была разработана карта обследования пациентов, включавшая сведения о наследственной отягощенности, раннем развитии, перенесенных заболеваниях, особенностях формирования эмоциональной сферы, степени выраженности личностных девиаций, внутрисемейных взаимоотношениях, физическом состоянии, оценку психопатологической симптоматики, патологического влечения на различных этапах заболева-

ния, проводимой психофармакотерапии и психотерапии. Пациенты включались в исследование после завершения детоксикации.

Результаты. Астено-невротический вариант обострения ПВН отмечен у 30 пациентов (27,5%). Экспериментально-психологическое тестирование по шкале депрессии Гамильтона дало результат 5,6±1,5 баллов. Синдром ПВН в целом составил 10,3±2,1 балла, что свидетельствует о влечении к героину средней степени выраженности: аффективный компонент – 5,2±1,9балла; идеаторный – 2,7±0,4 балла, поведенческий – 1,8±0,5 балла**.** Психопатоподобный вариант обострения ПВН определен у 19 пациентов (17,4%) Результаты тестирования по шкале депрессии Гамильтона составили 7,4±1,7 баллов. Количественная оценка ПВН составила в сумме 13,5±2,7 баллов. Поведенческий компонент – 5,0±1,2 балла, аффективный – 4,8±1,4 балла, идеаторный – 3,7±0,4 балла. У 16-ти больных (14,7%) в постабстинентном периоде был выявлен эйфорический тип ПВН. Результаты тестирования по шкале Гамильтона составили 4,2±0,4 балла. Количественная оценка синдрома ПВН в среднем составила 8,8±2,7 балла. Поведенческий компонент составил 4,1±1,2 балла, идеаторный – 3,2±1,1 балла, аффективный – 1,5±0,2 балла. У 14-ти больных (12,8%) обострение ПВН не имело отчетливой аффективной окраски. Этот вариант обострения ПВН мы обозначили как нормотимный, т.е. лишенный какой-либо иной продуктивной психической патологии. Результаты тестирования по шкале депрессии Гамильтона: 5,0±1,2 балла. По шкале измерения ПВН общая сумма баллов составила 10,8±2,3, при этом идеаторный компонент составил 5,2±1,4 балла, поведенческий – 3,7±0,8 балла, аффективный – 1,9±0,2 балла. У 10-ти пациентов (9,2%) отмечен дисфорический вариант обострения ПВН в постабстинентном периоде. Тестирование по шкале Гамильтона – 16,4±2,4 баллов. Количественная оценка ПВН по шкале обострения – 13,4±1,9 балла. Аффективные нарушения – 7,5± 1,2 балла, поведенческий компонент – 3,1±0,8 балла, идеаторный компонент – 2,8±0,4 балла. Тревожный вариант обострения ПВН отмечен у 11 пациентов (10,1%). Тестирование по шкале Гамильтона – 14,1±1,9 балла. Количественная

оценка ПВН – 12,6±2,4 балла; при этом аффективный компонент 7,2±2,2 балла, идеаторный – 3,1±0,7 балла и поведенческий – 2,2±0,2 балла. У 9-ти пациентов (8,3%) обострение ПВН в постабстинентном состоянии характеризовалось как депрессивный вариант. Тестирование по шкале депрессии Гамильтона – 14,4±2,3 балла. Оценка тяжести ПВН – 11,7±2,3 балла. Аффективный компонент составил 6,3±1,2 балла, идеаторный 3,9±0,8 балла, поведенческий – 1,5±0,3 балла.

Выводы. Проведя количественную оценку тяжести синдрома ПВН, можно сделать вывод, что более тяжелая степень выраженности ПВН отмечена в психопатоподобном, дисфорическом, депрессивном, тревожном вариантах обострений ПВН, средняя степень тяжести ПВН – в эйфоричном типе ПВН, астено-невротическом и в нормотимном вариантах.

ДЕКСАМЕТАЗОН В ЛЕЧЕНИИ АЛКОГОЛЬНОГО ДЕЛИРИЯ

Фецура И.В., и. о. зам. главного врача по лечебной работе
ГУЗ “Тульский областной наркологический диспансер №1”,
Тула, РФ

Аннотация. В стандартах оказания медицинской помощи по профилю “психиатрия-наркология”в перечне лекарственных препаратов для медицинского применения глюкокортикоиды отсутствуют либо указаны преднизолон и гидрокортизон (в том числе в Приказе Минздрава России от 04.09.2012 № 125н “Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при абстинентном состоянии с делирием, вызванном употреблением психоактивных веществ”). Частота их предоставления составляет всего 0,08, средняя суточная и средняя курсовая доза преднизолона составляет – 30 и 300 мг соответственно, гидрокортизона – 250 и 1250 мг соответственно. Таким образом, частота их

применения крайне редкая (всего 8% случаев), а дозировки невелики, что говорит об использовании данных препаратов скорее для каких-либо острых и угрожающих жизни состояний. То есть глюкокортикоиды не рассматриваются в качестве постоянных препаратов влечении такого осложнения алкоголизма, как металкогольный делирий.

Ключевые слова: дексаметазон, преднизолон, глюкокортикоиды, алкогольный делирий, алкоголизм, гематоэнцефалический барьер.

Препарат дексаметазон в стандартах оказания медицинской помощи по профилю “психиатрия-наркология” отсутствует. Дексаметазон представляет собой фторированное производное преднизолона длительного системного действия. Благодаря наличию атома фтора, в 10 и 30 раз превосходит преднизолон и гидрокортизон по противовоспалительной активности соответственно. Терапевтическая активность дексаметазона обусловлена в частности противовоспалительным действием, так что одним из показаний для его назначения является отек головного мозга различного генеза (в связи со способностью проникать в центральную нервную систему через гематоэнцефалический барьер).

Отекголовного мозга развивается у лиц, страдающих алкоголизмом, и является одним из главных факторов, ведущих к развитию металкогольного делирия, за счет нарастания отека мозга и последующей гипоксии нейронов ЦНС.

Преимуществом дексаметазона в сравнении с преднизолоном является большая противовоспалительная активность, длительность системного действия и лучшая способность проникать через гематоэнцефалический барьер.

Цель. Оценка эффективности действия дексаметазона в лечении алкогольного делирия.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 120 пациентов мужского пола, разделенные на 2 группы – аналитическую и контрольную, стационарного наркологического отделения № 3 ГУЗ “ТОНД № 1”. Они проходили лечение в период с мая 2017 года по август 2018 года с диагнозом: Психиче-

ские расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением алкоголя: синдром зависимости, 2 стадия, систематическое употребление, абстинентное состояние, осложненное делирием. Летальные и неблагоприятные (перевод в реанимационное отделение в связи с критическим ухудшением состояния) исходы не рассматривались. Все случаи закончились благополучно.

Критерии аналитической группы: 60 пациентов в возрасте от 27 до 69 лет. Особенностью данной группы является отягощенностьанамнеза и соматического статуса: 20 пациентов с сопутствующей соматической патологией (пневмония, сахарный диабет, цирроз печени, болезни системы кровообращения, болезни ЦНС, не связанные с приемом ПАВ); 15 пациентов с диагнозом абстинентное состояние, осложненное эпиприпадком и делирием; 12 пациентов в возрасте старше 60 лет; 5 пациентов с мусситирующим делирием; 18 пациентов с отягощенным соматическим статусом при поступлении (гипотония с АД < 100/70 мм.рт.ст., тахикардия > 140/мин, выраженная астения, уровень сознания ближе к сопору, ригидность затылочных мышц).

Критерии аналитической группы: 60 пациентов в возрасте от 24 до 63 лет, преимущественно с классическим алкогольным делирием.

Пациентам аналитической группы назначался 0,4% раствор дексаметазона в высокой суточной дозировке 32 мгв/в струйно: 4раза в день по 8 мг каждые 6 часов (6-00, 12-00, 18-00, 0-00). При купировании психотического состояния препарат сразу же был отменен.

В остальном пациенты получали аналогичную терапию в соответствии со стандартами специализированной медицинской помощи при абстинентном состоянии с делирием, вызванном употреблением алкоголя, с учетом их особенностей, а также витальных и лабораторных показателей.

С целью купирования ульцерогенного действия дексаметазона назначался гастропротектор ранитидин в дозировке 600 мг в сутки в/в струйно 2 раза в день.

Результаты. У пациентов контрольной группы алкогольный делирий купировался в период времени с 6 до 168 часов, в среднем за 41,2 часа.

У пациентов аналитической группы алкогольный делирий купировался приблизительно в тот же в период времени с 6 до 144 часов, но в среднем быстрее – за 34,6 часа.

Выводы. Дексаметазон на примере пациентов ГУЗ “ТОНД № 1” доказал свою эффективность в лечении алкогольного делирия. Во-первых, данное психотическое состояние купировалось быстрее у пациентов аналитической группы по сравнению с контрольной группой (34,6 против 41,2 часа). Во-вторых, что не менее важно, пациенты аналитической группы имели отягощенный анамнез и соматический статус, за счет чего изначально их состояние было тяжелее и, как следствие, хуже прогноз. Отдельно стоит отметить, что никаких побочных эффектов дексаметазона у пациентов не развивалось, чему способствовало относительно недолгое его назначение (в среднем около1,5 суток), а также гастропротекторная терапия.

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕЛИРИЕВ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ СЕТИ

Фецура И.В., и.о. зам. главного врача по лечебной работе
ГУЗ “Тульский областной наркологический диспансер №1”,
Тула, РФ

Аннотация. В России существуют трудности дифференциальной диагностики делириев в многопрофильной сети, и Тульская область не является исключением. Согласно МКБ-10, делирий – это этиологически неспецифический органический церебральный синдром, характеризующийся одновременным нарушением сознания и внимания, восприятия, мышления, памяти, психомо-

торного поведения, эмоций, цикличности сна и бодрствования. Длительность состояния варьируется, и степень тяжести колеблется от средней до очень тяжелой.

Ключевые слова: делирий, психотическое расстройство, алкоголизм, алкоголь ассоциированные патологии, соматические патологии, гомеостаз, катехоламины.

Достаточно частой причиной делирия является алкоголизм. Но в условиях данного заболевания дополнительными критически важными критериями развития делирия являются:

- наличие алкогольной зависимости, то есть употребление спиртного должно носить систематический характер на протяжении нескольких лет (как показывают эпидемиологические исследования, не ранее 7-10 лет существования развернутой стадии зависимости от алкоголя);
- развитию делирия должен предшествовать длительный запой, хотя с прогрессированием заболевания длительность запоев может значительно сокращаться;
- состояние отмены. Алкогольный делирий развивается спустя некоторое время после обрыва запоя (как правило, резкого), то есть приблизительно спустя 2-4 суток. Таким образом, данное состояние развивается в условиях трезвости, так что при наличии алкогольного опьянения делирия быть не может. Кроме того, его вероятность возрастает после перенесенного эпилептического припадка.
- сопутствующая патология, оказавшая неблагоприятное действие на центральную нервную систему, помимо непосредственно токсического эффекта этанола. Хотя в данном случае речь уже будет идти о делирии смешанного генеза.

Лица, страдающие алкоголизмом, также имеют различные внутренние заболевания, причем чаще, чем пациенты, не употребляющие психоактивные ве-

щества, за счет токсического действия этанола на все внутренние органы и их системы. Недаром существует множество алкогольассоциированных патологий. Например, со стороны нервной системы таковыми являются алкогольная энцефалопатия, полинейропатия, эпилептические припадки, со стороны внутренних органов – это кардиомиопатия, гастрит, панкреатит, алкогольная болезнь печени. Данные заболевания представлены в международной классификации болезней 10 пересмотра и весьма актуальны в настоящий момент, поскольку вносят существенный вклад в общую смертность населения.

Такие пациенты лечатся в учреждениях многопрофильной сети, в том числе попадают туда на фоне длительных запоев, где у них и развивается психотическое состояние в виде делирия, требующее консультации врача психиатра-нарколога с последующим определением необходимости лечения в профильном наркологическом учреждении.

Также такие психотические расстройства могут развиваться на фоне употребления иных психоактивных веществ – снотворных и седативных средств, психостимуляторов, галлюциногенов и т.д., что также относится к патологиям наркологического профиля.

Отдельно стоит отметить, что делирии могут развиваться и при психиатрической патологии, например, на фоне деменции у пожилых больных.

Но существует и широкий пласт соматических патологий, при которых могут развиваться психотические состояния по типу делирия. В МКБ-10 имеется специальный раздел F05 – “Делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами”. В данную рубрику относятся делирии в связи с:

- травмой головного мозга;
- сосудистым заболеванием головного мозга;
- эпилепсией;
- новообразованием (опухолью) головного мозга;
- вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией);
- нейросифилисом;

- другими вирусными и бактериальными нейроинфекциями;
- другими заболеваниями;
- смешанными заболеваниями.

Как видно из данного списка, множество соматических патологий может осложниться делирием, который не имеет никакого отношения к алкоголизму и совершенно не требует лечения в учреждении наркологического профиля.

Это подтверждается и общим патогенезом делириозных расстройств, который, впрочем, до конца остается неизученным. Ведущим фактором при делириях различного генеза является изменение гомеостаза в виде нарушения обменных и нейровегетативных процессов.

Важную роль также играет нарушение электролитного обмена, особенно перераспределение электролитов между клетками и внеклеточной жидкостью.

При многих заболеваниях, в особенности в их терминальной стадии, нарушаются функции печени и почек в виде развития почечно-печеночной недостаточности, что ведет к нарушению детоксикационной функции этих органов и, как следствие, токсическому действию необезвреженных веществ на нейроны центральной нервной системы.

При ряде патологий встречаются гиповитаминозы, в частности дефицит тиамина (витамин В1). К его основной функции, связанной с нервной системой, относится участие в передаче нервных импульсов в виде синтеза медиатора нервной возбуждения ацетилхолина. Еще одной важной функцией является обеспечение глюкозой клеток нервной системы: при нехватке тиамина происходит разрастание нервных клеток, которые за счет удлинения нервных отростков, пытаются самостоятельно “добыть” глюкозу из кровеносных сосудов. В результате разрастания их потребности в глюкозе увеличиваются, а передача нервных импульсов замедляется. Кроме того, тиамин защищает клетки головного мозга от преждевременного старения и истощения, способствует быстрой регенерации тканей и улучшает процессы микроциркуляции.

Важное значение также имеет дефицит пиридоксина (витамин В6), при котором развивается нарушение обмена ряда аминокислота, в частности глутаминовой, что ведет к снижению содержания в нервной ткани гамма-аминомасляной кислота и повышению возбудимости нервной системы. Возможно также, что в результате нарушения метаболизма аминокислот, образуются аномальные продукты обмена с токсическими свойствами.

Данные факторы в совокупности приводят к декомпенсации центральной нервной системы, прежде всего ее диэнцефальных отделов, что проявляется, в частности, развитием психотических расстройств.

В генезе алкогольных делириев важное значение уделяется нейрофизиологическим механизмам в виде нарушения катехоламиновой нейромедиации. Уровень дофамина в крови четко коррелирует с тяжестью клинической картины абстинентного состояния. Так, повышение данного нейромедиатора вдвое (более 180%) сопровождается картиной тяжелого абстинентного синдрома, а при повышении его в 3 раза (250-300%) развивается острое психотическое состояние. Но все же данный фактор все же не является ключевым, поскольку при опийном абстинентном синдроме отмечается не менее высокий уровень дофамина, что не приводит к возникновению психотических состояний.

Из наиболее частых соматически обусловленных психотических расстройств стоит выделить пневмонию, во время которой, при выраженной декомпенсации приспособительных механизмов организма (высокая лихорадка, дыхательная недостаточность) отмечается гипоксия нейронов центральной нервной системы, что приводит к развитию помрачения сознания по типу делирия. Аналогичная картина может отмечаться и при менингитах, особенно на фоне высокой лихорадки и нарастании отека головного мозга;

- после эпилептических припадков, когда развивается состояние спутанности сознания, очень напоминающее алкогольный делирий, хоть и имеющее некоторые особенности клинической картины;

- во время черепно-мозговых травм;

- выраженной декомпенсации сахарного диабета;

- развитии так называемого ВИЧ-дементного комплекса и так далее.

Данные заболевания не имеют отношения к наркологической патологии и, как следствие, не требуют лечения в учреждениях соответствующего профиля, хотя и могут осложняться развитием делириев, клиника которых порой выступает на первый план. Врачи многопрофильной сети, как и врачи скорой медицинской помощи, увидев “галлюцинации и возбуждение”, зачастую направляют таких пациентов в наркологические и психиатрические учреждения, не уточняя наркологический анамнез, которого может и не быть вовсе, а также не проводя полноценное диагностическое обследование. В итоге нарушается маршрутизация; такие пациенты длительнее перевозятся между лечебными учреждениями, пока не доедут до профильного, теряя порой очень ценное время для начала лечения; машины скорой медицинской помощи длительнее занимаются одним пациентом в ущерб другим, ожидающим приезда.

В наиболее неблагоприятных случаях такие пациенты могут поступить в наркологическое учреждение ввиду отсутствия достаточного диагностического арсенала для полноценного обследования (рентгенологическое обследование органов грудной клетки, рентгеновская компьютерная томография, в особенности головного мозга, и т.д.) и наличии лишь одного дежурного врача психиатра-нарколога в нерабочее время (вечернее и ночное, выходные дни). В итоге пациент получает непрофильную терапию, возрастает риск смертности и развития тяжелых осложнений, и даже в благоприятных исходах может закончиться постановкой незаслуженного наркологического диагноза со всевозможными вытекающими социально-правовыми ограничениями.

Отдельно стоит выделить делирии смешанного генеза, когда имеется наркологическая патология (зачастую алкоголизм), но параллельно имеется и соматическая патология, которая также приняла участие в генезе делирия. В таких случаях необходимо тщательно провести диагностику, оценить состояние пациента и понять, какая патология в настоящий момент является наиболее

опасной и жизнеугрожающей, что предопределит дальнейшую маршрутизацию пациента.

Таким образом, для решения проблемы дифференциальной диагностики делириев необходимо:

- проводить просвещение врачей многопрофильной сети на предмет дифференциальной диагностики делириев с привлечением врачей психиатров-наркологов;
- тщательнее собирать анамнез (полноценный анамнез заболевания и жизни, в том числе наркологический);
- проводить полное диагностическое обследование пациентов с привлечением врачей-специалистов с консультативной целью;
- по возможности привлекать врачей психиатров-наркологов с консультативной целью и решением вопроса о дальнейшей маршрутизации, а не пытаться самостоятельно выставлять наркологические диагнозы.

ВЛИЯНИЕ КОРРЕКЦИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НА КЛИНИЧЕСКИЕПРОЯВЛЕНИЯ ХСН

Янковская В.Л.[1], аспирант

Феськова А.А.[2], ассистент

[1] кафедра психиатрии с наркологией ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н. Н. Бурденко,

[2] кафедра факультетской терапии ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н. Н. Бурденко, к.м.н.,

Воронеж, РФ

Аннотация. В настоящее время одной из актуальных проблем здравоохранения является поиск новых факторов, позволяющих улучшить течение сердечно-сосудистой патологии. В статье рассмотрены возможности улучшения течения хронической сердечной недостаточности путём коррекции тревожно-депрессивных состояний.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, аффективные расстройства.

Актуальность. Одной и важнейших проблем здравоохранения в настоящее время является первичная и вторичная профилактика хронической сердечной недостаточности (ХСН), а также поиск новых возможностей по улучшению качества жизни пациентов и снижению смертности от ХСН. Актуальность проблемы обусловлена высокими и постоянно нарастающими показателями распространённости, заболеваемости и смертности от ХСН [1, с. 5-8]. Распространенность ХСН в мире составляет 1,5-2%, а среди лиц старше 65 лет достигает 6-10%. В РФ распространённость ХСН составила 7 %, причем ХСН 2–4 ФК имеет место у 4,5 % населения, ХСН 3–4 ФК – у 2,1 %.Смертность от ХСН 1-4 ФК в России составляет 6%. В настоящее время установлены многочисленные факторы, влияющие на риск развития ССЗ, их течение и прогноз [2, с. 38-44]. К наиболее изученным относятся «традиционные» факторы риска, такие как дислипидемия, ожирение, нарушения углеводного обмена и т.п. Не менее значимыми являются и психоэмоциональные факторы. К существенным психоэмоциональным факторам относят депрессию, тревогу [3, с. 222-227; 4, с. 43-54].

Распространённость депрессивных расстройств в мире достигает 10%. Клинически выраженная депрессия у пациентов с ХСН диагностируется в 21,5% случаев (от 9 до 60%), что в 2-3 раза превышает её распространённость в общей популяции [1, с. 5-8; 5, с. 248-250].Имеются данные, свидетельствующие об эффективности применения антидепрессантов в лечении тревожно-депрессивных расстройств при различной соматической патологии [6, с. 17]. Таким образом, представляется актуальным изучение психосоматических соотношений у больных с ХСН для повышения эффективности лечебно-профилактических мероприятий и качества жизни.

Цель. Изучение психосоматических соотношений и разработка подходов к их коррекции для повышения эффективности лечебных мероприятий у больных ХСН.

Материалы и методы. В исследование было включено 102 больных ХСН I-IIA стадий, 2-3 ФК в возрасте о 56,3±2,7 года), из них 60 мужчин и 42 женщины (41,2%). Пациенты были разделены на 2 группы. Пациенты первой (n=49) помимо назначенной терапии ХСН получали антидепрессант флувоксамин, пациенты второй группы (n=53) получали только лечение по поводу ХСН. Контроль показателей проводили через 90 дней с момента начала исследования. Оценивались симптомы ХСН по шкале оценки клинического состояния (ШОКС), с помощью теста с 6-минутной ходьбой (ТШХ) и по показателю фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ). Диагностику тревожно-депрессивных расстройств осуществляли с помощью шкалы тревоги Гамильтона (HARS) и шкалы депрессии Гамильтона (HDRS).

Результаты исследования. В таблице 1 представлены результаты сравнения выраженности клинических симптомов ХСН и ФВ ЛЖ в 1-ой и 2-ой группах до начала терапии флувоксамином и спустя 3 месяца.

Таблица 1

Клинические симптомы ХСН у больных 1-ой и 2-ой групп до и после лечения.

Клинические показатели	Первая группа, n=49		Вторая группа, n=53	
	ДО	3 мес	ДО	3 мес
ШОКС, баллы	6,9±0,2	5,7±0,2*	7,1±0,4	6,6±0,3*#
ТШХ, м	421±37	488±28*	418±36	436±31*#
ФВ, %	45,7-±1,7	47,7±1,9	46,1±1,8	47,3±1,5

* - $p<0,05$ – различия достоверны по сравнению с ДО;

- $p<0,05$ – достоверность межгрупповых различий через 3 мес. лечения.

В 1-й группе пациентов отмечается статистически значимое уменьшение одышки через 3 мес. на 32,8% ($p<0,05$), во 2-й группе – на 8,8% ($p=0,012$) для межгрупповых различий.

Таблица 2 демонстрирует результаты сравнения выраженности депрессивных расстройств в 1-ой и 2-ой группахдо начала терапии флувоксамином и спустя 3 месяца.

Таблица 2

Сравнительный анализ показателей HDRS в первой и второй группах.

Симптомы HDRS	1 группа		2 группа	
	ДО	3 мес.	ДО	3 мес.
Депрессивное настроение	0,78±0,24	0,56±0,22	0,72±0,23	0,56±0,21
Чувство вины	0,81±0,27	0,61±0,24	0,76±0,26	0,77±0,21
Суицидальные намерения	0,48±0,18	0,43±0,18	0,42±0,17	0,66±0,27
Ранняя бессонница	0,68±0,28	0,21±0,18**	0,65±0,37	1,02±0,42
Средняя бессонница	0,84±0,44	0,51±0,26*	0,74±0,32	1,07±0,40
Поздняя бессонница	0,84±0,47	0,56±0,21	0,76±0,37	0,76±0,40
Работоспособность и активность	1,04±0,44	0,52±0,26	0,97±0,34	0,67±0,22
Заторможенность	1,17±0,45	0,53±0,21	1,14±0,35	0,66±0,27
Ажитация	1,14±0,44	0,52±0,22	1,51±0,32	0,66±0,27
Психическая тревога	0,82±0,48	0,81±0,20	0,79±0,39	1,06±0,26
Соматическая тревога	0,84±0,40	0,46±0,21	0,77±0,27	0,56±0,25

Желудочно-кишечные соматические симптомы	0,50±0,21	0,42±0,18*	0,53±0,21	0,76±0,27
Общие соматические симптомы	0,25±0,16	0,16±0,15*	0,33±0,17	0,22±0,26
Генитальные симптомы	0,44±0,21	0,32±0,21*	0,42±0,21	1,02±0,42
Ипохондрия	0,78±0,28	0,56±0,22	0,72±0,25	0,63±0,21
Потеря в весе	1,07±0,45	0,68±0,23	1,03±0,33	0,76±0,27
Критичность отношения к болезни	0,84±0,40	0,44±0,28	0,92±0,27	0,62±0,27
Суточныеколебания	0,87±0,45	0,28±0,25	0,94±0,33	0,64±0,24
Деперсонализация и дереализация	1,03±0,44	1,00±0,22	1,07±0,33	1,10±0,22
Параноидальные симптомы	0,41±0,15	0,23±0,16	0,37±0,17	0,50±0,25
Обсессивные и компульсивные симптомы	0,44±0,16	0,26±0,16	0,33±0,16	0,26±0,16
Общий балл	16,25±2,14	10,46±1,81**	16,00±2,14	16,11±2,74

Примечание: * - достоверные различия между группами ($p<0,05$); ** достоверные различия между группами ($p<0,01$).

Как следует из представленных в табл. 2 данных, через 3 мес. терапии в первой группе достоверно снизилась выраженность следующие показателей: средняя бессонница, желудочно-кишечные соматические симптомы, общие соматические симптомы, генитальные симптомы ($p<0,05$); а также ранняя бессонница общий балл ($p<0,01$).

В результате 3-месячного курса терапии в первой группе пациентов с ХСН, получавших флувоксамин, были значимо ниже все симптомы тревоги (кроме инсомнии), что демонстрирует таблица 3.

Таблица 3.

Сравнительный анализ выраженности показателей тревоги в 1-ой и 2-ой группах.

Симптом	1 группа		2 группа	
	ДО	3 мес.	ДО	3 мес.
Тревожное настроение	1,35 ±0,26	0,55± 0,33**	1,36 ±0,28	1,57 ±0,39
Напряжение	1,41 ±0,32	0,83± 0,35*	1,35 ±0,31	1,17 ±0,35
Страхи	1,16 ±0,36	0,58± 0,30**	1,30 ±0,29	1,31 ±0,41
Инсомния	1,15 ±0,21	0,43± 0,33*	1,14 ±0,25	0,95 ±0,38
Интеллектуальные нарушения	1,66 ±0,33	0,85± 0,39	1,53 ±0,35	1,03 ±0,37
Депрессивное настроение	1,53 ±0,29	0,98± 0,39*	1,52 ±0,25	1,38 ±0,43
Соматические симптомы (мышечные)	1,45 ±0,34	0,51± 0,31**	1,46 ±0,32	1,75 ±0,55
Соматические симптомы (сенсорные)	1,50 ±0,33	0,59± 0,39**	1,34 ±0,32	1,35 ±0,39
Сердечно-сосудистые симптомы	1,35 ±0,30	0,89± 0,33**	1,43 ±0,32	1,78 ±0,41
Респираторные симптомы	1,42 ±0,26	1,03± 0,38*	1,52 ±0,25	1,57 ±0,53
Гастроинтестинальные симптомы	1,57 ±0,23	1,38± 0,38*	1,77 ±0,32	1,71 ±0,35
Мочеполовые симптомы	1,19 ±0,32	0,53± 0,31*	1,21 ±0,29	1,11 ±0,38
Вегетативные симптомы	0,52 ±0,15	0,43± 0,18*	0,61 ±0,22	0,89 ±0,37

Поведение при осмотре	0,54 ±0,21	0,33± 0,19*	0,51 ±0,15	0,78 ±0,51
Общий балл	17,36 ±1,52	9,68± 1,39**	18,0 7±1,29	17,66±3,11

* - достоверные различия между группами (p<0,05); ** - достоверные отличия между группами (p<0,01)

Выводы. Включение в стандартную терапию ХСН антидепрессанта флувоксамина способствует снижению выраженности клинической симптоматики ХСН без достоверных изменений ФВ ЛЖ, что свидетельствует о влиянии депрессивных нарушений на самооценку пациентами одышки и других проявлений ХСН.

Список литературы

1. Качество жизни больных хронической сердечной недостаточностью с психосоматическими нарушениями / Будневский А.В. [и др.] // Паллиативная медицина и реабилитация. 2014. № 4. С. 5-8.

2. Программа КООРДИНАТА (клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца): результаты терапевтической части многоцентрового исследования / Е.И. Чазов [и др.] // Тер.арх. – 2006.– Т.78, №4.– С.38–44.

3. Аффективные расстройства на фоне гипотиреоза / Будневский А.В. [и др.] // Клиническая медицина. – 2018. – Т. 96. № 3. – С. 222-227.

4. Феськова А.А., Кравченко А.Я. Взаимосвязь тиреоидного статуса и показателей суточного мониторирования артериального давления у пациентов с артериальной гипертензией // Фарматека. – 2018. № 10 (363). – С. 43-45.

5. Psychosomatic aspects of congestive heart failure / ShiryaevO.Yu. [et al.] // International Journal of Biomedicine. 2017. Т. 7. № 3. С. 248-250.

6. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А.Б.Смулевич.– М.: Медицинское информационное агентство, 2003.– 17 с.

РЕАКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ

Аксёнова А.Г., ординатор кафедры ПиН
ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет»
Тула, РФ

Аннотация. Проблема реактивных психозов привлекает внимание исследователей, что обусловлено трудностями определения их типологической принадлежности в связи с многообразием форм. Жизнь современного человека наполнена сильными стрессами, именно поэтому данная тематика представляет особый интерес. Данные психические расстройства возникают после перенесения интенсивной психотравмирующей ситуации. Для клиники характерны изменения восприятия окружающего мира, неадекватное поведение.

Ключевые слова: психотравма, психоз, психогения, расстройство, шок, стресс, утрата, психотерапия.

Психогения – болезненное состояние в виде кратковременной реакции или длительного состояния, обязанного своим возникновением воздействию психотравмы [3].

Психотравма – травмирование психического здоровья действием неблагоприятных факторов окружающей среды или сильным переживанием какой-либо ситуации или явления, которые имеют для каждого человека собственную эмоциональную значимость. Существуют острая и хроническая психотравмы. Под острой подразумевают кратковременную и внезапно действующую психотравму очень сильной интенсивности, которая зачастую приводит к возникновению реактивных психозов.

Реактивные психозы – это расстройства, развивающиеся на фоне перенесения сильнейшего психосоциального стресса, интенсивность которого определяет сам организм человека.

Под хронической же понимают малоинтенсивную психотравму, которая воздействует на человека продолжительный период времени и в дальнейшем приводит к развитию неврозов.

Неврозы – это группа функциональных заболеваний, обусловленных продолжительным пребыванием в ситуации тяжёлого внутриличностного конфликта, проявляющихся исключительно мягкой (невротического уровня) симптоматикой и нарушениями в соматовегетативной сфере; при этом больные сохраняют критику, понимают болезненный характер имеющихся симптомов [2].

Этиологическим фактором психогении является психотравма, то есть ситуация, при которой существует угроза жизни, здоровью или благополучию больного и его близким. Также психогения возникает в случае индивидуальной значимости для человека, обусловленной особенностями его характера, убеждениями, ценностями и другими субъективными условиями. Реактивные психозы (РП) часто возникают при военных действиях, авариях, стихийных катастрофах, утрате кого или чего-либо и других подобных ситуациях. Нередко такие состояния возникают у больных с параноидной и истерической психопатиями, а также после перенесённых ЧМТ, затяжных инфекционных заболеваний, у страдающих бессонницей. В таких случаях говорят о наличии у пациента патологически изменённой «почвы», взаимодействие «её» с психотравмой – и есть основное звено патогенеза реактивных психозов.

Классификация и клинические варианты. По характеру психотравмы и клиническим проявлениям реактивные психозы подразделяют на:

1) Аффективно-шоковые (острые) реакции на стресс. Эти кратковременные реакции возникают у людей в момент острой, внезапной психотравмы, у которых ранее не было видимых психических расстройств. Такие нарушения возникают не у всех при данных ситуациях, а у соматически-ослабленных больных, при продолжительном недосыпе, переутомлении,

эмоциональном перенапряжении, недостаточном питании и так далее. Клинически вышеуказанные нарушения проявляются чувством страха, ужаса, вегетативными изменениями, аффектогенным сужением поля сознания; человек дезориентирован и не может адекватно оценивать окружающую обстановку.

2) Примитивно-истерические психозы. Часто развиваются при угрозе свободе личности. Более предрасположены лица истероидного типа, склонные к фантазированию и внушаемости.

Клинические варианты психозов этой группы:

А) Псевдодеменция – ложное слабоумие. Человек сознаёт мнимое впечатление слабоумного, при беседе с врачом неправильно отвечает на простые вопросы, не в состоянии совершать привычные действия, но может выполнять сложные задачи.

Б) Пуэрилизм – производят впечатление ребёнка, изменяют голос, коверкают слова, играют с предметами и плачут.

В) Синдром «одичания» - поведение таких людей похоже на повадкизверей, онимогут рычать как животные, нюхать предметы, а иногда даже бегают на четвереньках и кусаются.

Г) Диссоциативные расстройства психотического уровня: амнезия, фуга, ступор.

3) Затяжные реактивные психозы.

А) Реактивные депрессии. При этой форме отмечается сниженное настроение, потеря аппетита, плаксивость, гиподинамия, брадикинезия.

Б) Реактивные бредовые психозы. После воздействия психотравмы развивается различный по фабуле и структуре бред. Существует 3 разновидности:

Реактивная паранойа – характеризуется сверхценными идеями, тематика которых ограничена психасихотравмирующей ситуацией.

Реактивный параноид- появляется тогда, когда изменяются условия жизни и происходит недостаток продолжительных контактов с людьми в результате опасной и пугающей обстановки с точки зрения больного.

Индуцированный бред – провоцируется близким контактом с психически нездоровым человеком, в основном этому подвержены родственники больного.

4) Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – расстройство психики, развивающееся вследствие психотравмирующей ситуации, выходящей за рамки человеческого опыта. Зачастую к ПТСР относят состояния после участия в военных действиях, серьёзных аварий, катастроф, изнасилований и так далее. Наиболее подвержены дети и лица пожилого возраста. Основным симптомом ПТСР является мысленное воспроизведение и многократное переживание психотравмирующего события.

Для дифференциальной диагностики данных нарушений с подобными психическими расстройствами можно использовать 3 критерия (триада) РП, предложенных в 1913 году немецким психиатром Ясперсом:

1. болезненное состояние вызывается психотравмой, то есть следует за психотравмирующей ситуацией;
2. психотравмирующая ситуация отражается в проявлении симптомов заболевания;
3. после исчезновения этиологического фактора, состояние быстро или постепенно регрессирует и вскоре сходит на нет.

Устранения психотравмирующего фактора может быть достаточно для излечения. У человека, у которого возникло реактивное состояние, зачастую можно наблюдать страх, психомоторное возбуждение, панику, тревогу. Купируются данные явления введением траквилизаторов, например, Лоразепам 2 мг в/в или в/м. Если эти препараты оказываются неэффективны, можно назначить нейролептики, например, Галоперидол 10 мг. При различных видах РП необходим особый подход к лечению. Порой медикаментозная тера-

пия оказывается бессильна, так как пациентам с ПТСР зачастую необходимо выговориться кому-то, врач должен уметь выслушать больного, ведь таблетки не вернут потерянных ими близких и не «сотрут» из памяти тяжёлые переживания о катастрофе. Врач должен выстроить доверительные отношения с пациентом. В случае истерических психозов прибегают к директивным психотерапевтическим методам, например, гипнозу, внушению, наркогипнозу. При реактивной депрессии используют седативные антидепрессанты (Флувоксамин, Миансерин), траквилизаторы (Алпразолам).

Одновременно применяют рациональную (когнитивную) психотерапию, при которой врач-психотерапевт призывает больного использовать логику в моменты пессимистического настроя, ориентируя пациента тем самым на доступные и интересные для последнего цели.

Эта группа психических расстройств проявляется в виде реакций или состояний психотического уровня. Существенная роль в оказании помощи психически больным должна отводиться не только устранению состояний психоза, но и улучшению их интеграции в общество, а также повышению качества жизни пациентов [1].

Список литературы

1. Д. М. Ивашиненко Качество жизни больных с органическими непсихотическими расстройствами: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Рязанский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова. Рязань, 2003

2. Психиатрия и наркология. – Москва: «ГЭОТАР-Медиа». Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин, В.В. Чирко, М.А. Кинкулькина – 2012 – С. 526.

3. Кафедра психиатрии и наркологии 1 СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова: [Электронный ресурс]URL: http://www.s-psy.ru (Дата обращения: 06.10.2019).

ВЛИЯНИЕ КОФЕИНА НА ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Борисенко А.Д., ординатор кафедры ПиН
ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет»
Тула, РФ

Аннотация. В представленной статье рассматривается классификация основных групп психостимуляторов, их механизм действия. Одним из наиболее распространенных веществ данной группы препаратов является кофеин. Помимо воздействия на нервную систему, при его употреблении наблюдается влияние на различные системы организма, что может привести к развитию нежелательных побочных эффектов, влияющих на психосоматическое здоровье.

Ключевые слова: психостимуляторы, кофеин, побочное действие, воздействие на психосоматическое здоровье.

Психостимуляторы – это вещества, которые активизируют процессы восприятия внешних раздражителей, стимулируют интеллектуальную деятельность, ускоряют процессы мышления, снижают утомляемость и повышают физическую и умственную работоспособность.

Выделяют следующие группы психостимуляторов:

1) Фенилалкиламины (фенамин): амфетамин;

2) Производные сиднонимина: мезокарб, сиднофен (фепрозидсиднимин);

3) Ксантины, производные пурина: кофеин, кофеин-бензоат натрия, этимизол;

4) Производные бензимидазола: бемитил.

Механизм психостимулирующего действия данных веществ связан с их способностью высвобождать из пресинаптических окончаний дофамин и норадреналин, которые оказывают стимулирующее влияние на соответствующие рецепторы центральной нервной системы (ЦНС). Вследствие злоупотребления любыми веществами из группы психостимуляторов довольно быстро наступает

истощение активных жизненных ресурсов организма человека из-за повышенного обмена веществ [1, 5]. Клинически это проявляется общим истощением организма, хронической усталостью, похуданием, старением кожи. При регулярном применении психостимуляторов возможно серьезное повреждение в первую очередь сердечно-сосудистой системы, возникают тяжелые аритмии, довольно часто развиваются дистрофии миокарда, может возникнуть острый инфаркт и смерть от остановки сердца[2].

Одним из наиболее распространенных представителей данной группы препаратов является кофеин. Время его применения людьми насчитывает несколько тысячелетий. Кофеин является лекарственным средством психостимулирующего действия, оборот которого практически не ограничен. Кофеин содержится в гуаране, чае, падубе парагвайской, кофейном дереве, какао, коле и прочих растительных и синтетических веществах [3].

В отличие от других представителей рассматриваемой группы веществ, эффект кофеина, стимулирующий ЦНС, не сопровождается значительной эйфорией, он менее наркогенен, однако тоже может вызвать привыкание (чифиризм)[1, 2].

Кофеин, в свою очередь, сочетает в себе психостимулирующий и аналептический эффекты, а также обладает широким спектром фармакологической активности: стимулирует психическую деятельность, возбуждая кору головного мозга, повышает умственную и физическую работоспособность[3, 4, 5]. Влияние кофеина на ЦНС и его психостимулирующий эффект зависят от типа нервной системы человека: малые дозы стимулируют ЦНС, большие – угнетают.

Основной механизм действия кофеина заключается в блокировании А1-рецепторов, ингибированиифосфодиэстеразы, индукции перемещения внутриклеточного кальция и повышении синтеза цАМФ в нейронах ЦНС. Кофеин входит в состав многих комбинированных препаратов, в том числе в сочетании с ненаркотическими анальгетиками (таблетки «Цитрамон», «Пирамеин» и др.) и с алкалоидами спорыньи (таблетки «Кофетамин»)[4].

Вследствие вышеуказанного механизма действия кофеин повышает выделение нейромедиаторов, в свою очередь, усиление передачи нервных импульсов в дофаминергических синапсах сопровождается психостимулирующим эффектом. В итоге под влиянием кофеина значительно возрастает уровень цАМФ в ЦНС, гладких и скелетных мышцах, жировой ткани, сердце, что обуславливает его влияние на различные системы организма[2, 27; 4, 49].

Кофеин вызывает накопление цАМФ в сердечной мышце, вследствие чего обладает прямым кардиостимулирующим действием. Он значительно повышает потребность сердца в кислороде, а также усиливает сокращения миокарда в норме и при сердечной недостаточности, что при злоупотреблении кофеином может привести к развитию декомпенсации патологии. Под воздействием кофеина изменяется частота сердечных сокращений: возможны как брадикардия из-за возбуждения центра блуждающего нерва, так и тахикардия, как следствие прямого повышения автоматизма синусного узла. Также кофеин стимулирует сосудодвигательный центр, что приводит к повышению сосудистого тонуса, а при прямом влиянии на гладкие мышцы сосудов – вызывает их дилатацию. Таким образом, на разные сосудистые области кофеин оказывает разное влияние: коронарные сосуды чаще расширяются, а мозговые – тонизируются.

Кофеин оказывает спазмолитическое действие на гладкие мышцы бронхов, желчных путей. С другой стороны, на скелетные мышцы кофеин оказывает обратное, стимулирующее действие.

Также кофеин стимулирует гликогенолиз, повышая уровень глюкозы в крови, и увеличивает липолиз, что повышает уровень свободных жирных кислот в плазме. В больших дозах он стимулирует выброс адреналина из надпочечников. Кофеин стимулирует секреторную активность желез желудка, а также, за счет уменьшения реабсорбции натрия и воды в почечных канальцахи увеличения клубочковой фильтрации, повышает диурез.

Таким образом, при применении кофеина могут наблюдаться следующие побочные эффекты: беспокойство, бессонница, тошнота, рвота, тахикардия,

сердечные аритмии. При передозировке развиваются следующие симптомы: кофеин в дозах более 300 мг в сутки (в том числе на фоне злоупотребления кофе – более 4 чашек натурального кофе по 150 мл) может вызвать состояние тревоги, головную боль, тремор, спутанность сознания[2].

Передозировке кофеином соответствуют и соматические изменения. Среди медицинских последствий злоупотребления кофеином следует отметить: усиление функции сердечной мышцы и повышение артериального давления, усиление перистальтики желудка, секреции желудочного сока, а также увеличение диуреза. Отмечено, что у людей, которые употребляют более 5-6 чашек кофе в день, инфаркты миокарда развиваются в 2,5 раза чаще. Помимо этого, у таких лиц в 20% случаев отмечаются боли в области желудка и кишечника, диарея, даже пептические язвы[4].

У людей, которые постоянно и в больших количествах употребляют кофе, в частности при возрастании доз кофеина более300 мг в сутки, может развиться толерантность. При повышении доз кофеина до 720 мг могут возникать признаки кофеиновой интоксикации: тревога, сильное беспокойство, достигающее иногда степени выраженного возбуждения, нередко переходящего в панические атаки, а также депрессия, бессонница [2, 4].

Вывод. Частое употребление кофеина в больших дозах оказывает серьезное влияние на психосоматическое здоровье человека. Его злоупотребление может вызывать ипохондрию, бессонницу, немотивированное беспокойство, тремор, сухость слизистых оболочек, тахикардию, аритмию, миокардит, тяжелое течение ишемической болезни сердца, нарушение кровообращения в конечностях, дискинезию мышц глазного яблока, звон в ушах, частое мочеиспускание, боль в животе, диарею. Развивается психическая зависимость (теизм). Кофеин противопоказан при бессоннице, повышенной возбудимости, выраженном атеросклерозе и артериальной гипертензии, органических заболеваниях сердечно-сосудистой системы, а также в старческом возрасте.

Список литературы

1. Ивашиненко Д.М., Ильин И.В. Наркомании и токсикомании: учебное пособие. – Тула: Тульский государственный университет, 2014. – 126с.

2. Красников А.Н., Куташов В.А., Ульянова О.В. Психосоматические последствия злоупотребления психостимуляторами. Медицина. – Т. 1, № 16. – 2016. – С. 27-30.

3. Головко А.И., Головко Е.С., Иванов М.Б., Баринов В.А. Основы биологической активности психостимуляторов. Успехи современной биологии. – 2017. – С. 273-278.

4. Злоказова М.В., Безгодова А.А., Шубина И.И., Семакина Н.В. Наркомании, токсикомании: учебное пособие – Киров: Кировская государственная медицинская академия, 2016. – 114 с.

5. Кострикова М.В., Ефимова Е.В., Солдаткина Я.А. Факторы развития наркотической зависимости в подростковом возрасте// Психические и наркологические расстройства: социальная стигма и дискриминация: есть ли выход? Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет», ГУЗ «ТОКПБ №1 им. Н.П. Каменева»; под. ред. Д.М. Ивашиненко. 2015. – С. 64-68.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЙ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Глотова А.А., ординатор кафедры ПиН
ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет»
Тула, РФ

Аннотация. Злокачественный нейролептический синдром – довольно нечастый, но весьма опасный для жизни синдром. Он является побочным эффектом психофармакотерапии, а в частности терапии нейролептиками. И в настоящее время, в связи с довольно обширным применением препаратов этой группы в медицинской практике, знание данного осложнения крайне важно не только для специалистов психиатрического профиля, но и для врачей других не смежных областей.

Ключевые слова: злокачественный нейролептический синдром, эстрапирамидные симптомы, нейролептики, злокачественная гипертермия, дофаминовые рецепторы.

Злокачественный нейролептический синдром (ЗНС) – это наиболее угрожающее жизни экстрапирамидное осложнение терапии нейролептическими препаратами. Частота развития данного синдрома находится в пределах от 0,03% до 0,04% от числа всех пациентов, принимающих нейролептики. Смертность при злокачественном нейролептическом синдроме составляет 10 до 37,7% случаев по данным различных авторов. Данное осложнение впервые было охарактеризовано J. Delay в 1960 г. у пациентов, которые получали галоперидол [5].

Факторы риска возникновения ЗНС не совсем изучены. Злокачественный нейролептический синдром может возникать у пациентов с весьма различными заболеваниями – от неврологических расстройств до психических патологий, но чаще всего при нейролептической терапии приступообразной шизофрении и

шизоаффективного психоза. При этом важно наличие так называемой патологической почвы в виде церебральной органической недостаточности со слабостью диэнцефальных структур головного мозга и предрасположенностью к аллергическим реакциям. Половозрастной особенностью синдрома является преимущественное возникновение у мужчин от 20 до 40 лет. Симптомы ЗНС могут возникать на фоне приема различных нейролептиков, не имея зависимости от дозы. Но все же чаще встречаются при применении галоперидола, трифтазина, тиопроперазина. В части случаев возможно увеличение риска возникновения злокачественного нейролептического синдрома при быстром увеличении дозировки препарата. Также существуют описанные случаи, когда данное осложнение возникало после резкой отмены нейролептических лекарственных средств [2, 3, 5, 8, 9].

Патогенез ЗНС. Многие исследования объясняют развитие данного осложнения блокадой дофаминэргических структур в базальных ганглиях и гипоталамусе иммунологическими патологическими реакциями и увеличением проницаемости гематоэнцефалического барьера, что в свою очередь приводит к нейросенсибилизации организма с дальнейшим повреждениям ЦНС и внутренних органов аутоимунными реакциями [4, 6].

Клиническая картина ЗНС. Обычно данное осложнение возникает в течение первого месяца от начала нейролептической терапии. В развитии злокачественного нейролептического синдрома можно выделить два периода: инициальный и развернутый. Первый включает в себя развитие экстрапирамидной симптоматики и обострение психоза с преобладанием кататонических расстройств. Сочетание данных патологий очень важно для ранней диагностики осложнения. Развернутый период включает в себя довольно сложный симптомокомплекс, состоящий из психических, неврологических и соматических нарушений.

Психические нарушения характеризуются кататонией и различными синдромами нарушения сознания. Примерно в 83% случаев кататоническая симп-

томатика проявляется ступором, мутизмом и явлениями каталепсии. При этом ступор с восковой гибкостью стремительно сменяется ступором с негативизмом, а мутизм может на некоторое время сменяться речевым возбуждением. Одновременно с явлениями кататонии возникают онейройдное помрачение сознания и иллюзорно-фантастические расстройства.

Неврологические нарушения при ЗНС, помимо экстрапирамидных нейролептических расстройств, могут включать и другие патологические явления, связанные с вовлечением иных структур ЦНС. Это могут быть нарушение конвергенции, появление нистагма, усиление сухожильных и периостальных рефлексов, снижение брюшинных рефлексов. На ЭЭГ при данном осложнении определяются признаки диффузных изменений корковой активности, которые характеризуют нарушения преимущественно в мезо- и диэнцефальных структурах головного мозга.

Соматические нарушения ЗНС проявляются гипертермией центрального генеза, с неправильным характером температурной кривой в течение суток. Данное состояние сопровождается тахикардией, тахипноэ, колебаниями АД и нарушениями микроциркуляции. По мере прогрессирования ЗНС вышеописанные расстройства приводят к нарушению основных параметров гомеостаза, гемодинамическим сдвигам, возникновению гиповолемии. Нарастание гемодинамических нарушений, расстройств водно-электролитного баланса на фоне гипертермии, приводит возникновению отека головного мозга, снижению сердечной деятельности, что непосредственно является причиной смерти пациентов с ЗНС[4, 5, 6].

Диагностическими критериями ЗНС по DSM-IV являются:

А. Развитие кататонической мышечной ригидности с гипертермией на фоне приема нейролептиков.

В. Наличие двух или более следующих симптомов: тремор, потливость, нарушения мочеиспускания, мутизм, изменение сознания, нестабильность АД, тахикардия, лейкоцитоз, повышение КФК.

C. Симптомы группы А и В не должны быть обусловлены каким-либо неврологическим заболеванием, а также приемом иных лекарственных средств, которые могут давать схожую симптоматику с ЗНС (амфетамины, ингибиторы моноаминооксидазы и др.).

D. Симптомы группы А и В не должны быть проявлениями психопатологических состояний с симптомами кататонии.

Лечение ЗНС проводят по принципам интенсивной терапии: незамедлительно отменяют нейролептик и назначают интенсивную инфузионно-трансфузионную терапию для коррекции основных параметров гомеостаза; также назначают ноотропы, витамины группы В и С, для купирования возбуждения используют реланиум, оксибутират натрия, гексенал. Патогенетическое лечение ЗНС основывается на применении агонистов D2-дофаминовых рецепторов, в частности, бромокриптина, который обычно назначают внутрь через назогастральные зонды в дозе от 7,5 до 60 мг в сутки. Другим рекомендуемым препаратом является дантролен, рекомендуемая доза препарата составляет от 1 до 2 мг на 1кг массы тела. Дантролен и бромокриптин могут использоваться в комбинации (первый – внутривенно, второй – энтерально) без нежелательных специфических эффектов, совместное применение дантролена и бромокриптина заметно сокращает длительность клинических проявлений ЗНС. Такая комбинация рекомендуется для лечения особенно тяжёлых, длительных или резистентных к терапии случаев ЗНС. Имеется значительное число публикаций, в которых обсуждаются возможность и эффективность применения электросудорожной терапии в лечении ЗНС. Ее эффективность связывают с воздействием на диэнцефальную область с последующей мобилизацией катехоламинов норадреналина и дофамина в ЦНС. Также в комплексной терапии ЗНС эффективным является применение плазмафереза [1,4,7].

Таким образом, злокачественный нейролептический синдром является весьма грозным и тяжелым осложнением применения нейролептической терапии, затрагивающим всевозможные структуры организма. Знание симптомов

этого осложнения необходимо врачам различных областей медицины, в связи с довольно широким применением нейролептиков, что в свою очередь поможет своевременно оказать помощь пациенту и избежать летального исхода.

Список литературы

1. Волков, В.П. Злокачественный нейролептический синдром: диагностика и лечение. Часть II (обзор современной иностранной литературы)// Психиатрия и психофармакотерапия. 2011. 2011. N 1. С. 23-41. – 1

2. Болобаев С.В., Ефимова Е.В. Статистические показатели амбулаторной и стационарной судебно-псхиатрической экспертизы в Тульской области// Психические и наркологические расстройства: социальная стигма и дискриминация: есть ли выход? Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет», ГУЗ «ТОКПБ №1 им. Н.П. Каменева»; под. ред. Д.М. Ивашиненко. 2015. С. 18-19.

3. Болобаев С.В., Ефимова Е.В. Статистические показатели амбулаторной и стационарной судебно-псхиатрической экспертизы в Тульской области// Психические и наркологические расстройства: социальная стигма и дискриминация: есть ли выход? Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет», ГУЗ «ТОКПБ №1 им. Н.П. Каменева»; под. ред. Д.М. Ивашиненко. 2015. С. 18-19.

4. Кекелидзе З.И., Чехонин В.П. Критические состояния в психиатрии. М.,1997. 362 с. – 2

5. Малин Д.И. Побочное действие психотропных средств. – М.: Вузовская книга, 2000. – 208 с. – 3

6. Малин, Д.И., Козырев В.Н., Недува А.А., Равилов Р.С. Злокачественный нейролептический синдром: критерии диагностики и принципы терапии // Соц. и клин. психиатр. 1997; 7(1): 76-81. - 4

7. Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии. М.: Восток,1996. 288 с. – 5

8. Хритинин Д.Ф., Коновалов О.Е., Петров Д.С., Ивашиненко Д.М., Ландышев М.А., Карпов О.В. Медико-социальная помощь пациентам с органическими непсихотическими расстройствами в условиях деинституонализации психиатрии. – Тула: ТулГУ, 2018. – 218 с.

9. Caroff, S., Mann S. Neuroleptic malignant syndrome. // Medical Clinics of North America. 1993; 77: 185-202

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ

Гревцова Т.М., ординатор кафедры ПиН
ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет»
Тула, РФ

Аннотация. В работе изучается распространенность синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) у врачей-психиатров, его структурные компоненты и этиологические факторы. Огромное число исследователей считают, что формирование СЭВ служит проблемой клинического характера, воздействующая негативным образом на психический статус, социальную адаптацию и качество жизни.

Ключевые слова: синдром эмоционального выгорания, врач-психиатр, профессиональный стресс, эмоциональное напряжение, индивидуально-психологические особенности.

Изучение психического здоровья у представителей различных общественных и профессиональных групп населения служит одной из важнейших

задач социальной психиатрии [1]. Деформация личности профессионала в процессе трудовой деятельности является одной из значительных психологических проблем в сегодняшних социально-экономических условиях, требующих высокой мобильности и устойчивости к стрессовым воздействиям [2, 19]. По мере возрастания профессионализма продуктивность трудовой деятельности начинает определяться набором профессионально важных качеств, которые годами «эксплуатируются». Некоторые из них могут понемногу видоизменяться в профессионально нежелательные качества. Именно поэтому, формирование специалиста, профессионала это не исключительно совершенствование, но и в определенной степени деструктив [3]. Как полагает исследователь З.Ф. Зеер, любая профессиональная деятельность, начиная со стадии ее изучения, а в дальнейшем и при осуществлении профессиональных обязанностей деформирует личность. Выполнение одной и той же производственной деятельности на протяжении многих лет может негативно воздействовать на ее продуктивность, деформировать профессиональное поведение личности, формировать нежелательные качества. Более всего под воздействием профессиональных деформаций оказываются работники социономических профессий (педагоги, сотрудники медучреждений и пр.), чья деятельность направлена на оказание помощи людям [4]. H.J. Freundenberger [5] предложил термин «эмоциональное выгорание» для квалификации деформаций в психическом состоянии у людей, работающих в сфере охраны психического здоровья. Этот синдром расценивается как стресс-реакция в ответ на производственные требования, зависит от излишнего предвидения человека своего труда и пренебрежения семейной жизнью и отдыхом [6]. Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) наибольшие части (от 30 до 90% случаев), встречаются со средними врачами, учителями, психологами, социальными работниками, спасателями, работниками правоохранительных органов. По другим данным, почти 80% врачей-психиатров, психотерапевтов, психиатров-наркологов имеют различную степень выраженности признаков СЭВ. Хронический профессиональный стресс на рабочем месте, при неблаго-

получном его разрешении, способствует формированию у медицинских работников СЭВ в 30-50% случаев. Испытывающие СЭВ для улучшения своего настроения и «напряжения стресса» часто применяют спиртные напитки и психоактивные вещества, что служит фактором риска образования зависимости от алкоголя и наркотиков.

H.J. Freundenberger [5] предложил термин «выгорание», чтобы квалифицировать изменения в психическом состоянии людей, работающих в области психического здоровья. Этот синдром рассматривается как реакция на стресс в ответ на производственные требования, в зависимости от чрезмерной преданности человека своей работе и пренебрежения семейной жизнью и отдыхом [6]. Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) зачастую (от 30 до 90% случаев) наблюдается у врачей, учителей, психологов, социальных работников, спасателей и сотрудников правоохранительных органов [7]. По иным сведениям, практически у 4/5 психиатров, психотерапевтов, психиатров, наркологов наблюдается признаки СЭВ различной степени тяжести. Хронический профессиональный стресс на рабочем месте, если он решается неблагоприятно, способствует формированию СЭВ у медицинских работников в 30-50% случаев. Люди с СЭВ зачастую используют алкоголь и психоактивные вещества, ради улучшения своего общего состояния и настроения, с целью «снять стресс», что служит фактором риска формирования алкогольной и наркотической зависимости.

В числе факторов риска СЭВ большое значение уделяется личностным, возрастным, ситуативным и профессиональным факторам. Два механизма формирования СЭВ описаны в литературе. В соответствии с одним из подходов, риск СЭВ присущ самой личности, ее ценностям, идеалам и особенностям реагирования на стрессовые факторы [8]. Иной подход ориентирован на особенности организации производственной деятельности. Определенная группа исследователей [9] высказываются о том, что СЭВ может быть «заразным», то есть «довольно быстро» передаваться от одного «сгоревшего» сотрудника организации к другому. Традиционно существуют три основные группы факторов,

определяющих СЭВ: социально-демографический, организационный и неудовлетворенность жизнью. Среди социально-демографических факторов выделяют [10]: возраст, пол, уровень образования, семейное положение, стаж работы, выносливость и психологические характеристики человека (локус контроля, стиль стрессоустойчивости, самооценка, эмоциональная чувствительность агрессивность, невротизм, экстраверсия). Организационные факторы включают социально-психологические условия труда (поддержка, обратная связь, стиль руководства, стимулирование, характеристики контингента, с которым строится профессиональное общение) и его содержание. Третья группа факторов включает неудовлетворенность реализацией смысла жизни и качества жизни, опыт одиночества - с нашей точки зрения, это следствие, а не причина СЭВ. Психодинамические концепции СЭВ [11] предполагают, что изначально выбор медицинской профессии человеком был связан с особой формой защиты от беспокойства и бессилия, вызванного болезнью или смертью членов семьи. Воздействие стресса у врачей связано с низким уровнем враждебности, высоким уровнем альтруизма, самопринятия и внутренней ориентации локуса контроля. Усиление субъективного дискомфорта у врачей в ситуации профессионального стресса служит фактором роста числа соматических жалоб как одного из проявлений аффективных расстройств [15]. Другая группа ученых, изучающая СЭВ среди сотрудников психиатрических учреждений, указывали на их эмоциональное истощение, снижение или потерю эмпатии и самодостаточности, а также снижение самооценки. Некоторыми учеными было выявлено воздействие терапевтических подходов в медицинском учреждении на формирование синдрома выгорания у психиатров. Синдром выгорания более распространен среди медицинских работников, использующих только биологические методы терапии, чем среди врачей, использующих не только биологические, но и психотерапевтические, психосоциальные методы лечения. Есть свидетельства более высокого эмоционального напряжения на психиатров, чем на психотерапевтов. Это связано с тем, что психотерапевты менее подвержены эмоциональ-

ному выгоранию из-за содержательных аспектов профессиональной деятельности и индивидуальных психологических характеристик (коммуникабельность, оптимизм, эмоциональность, любознательность, чувствительность, желание работать с людьми), легче справляться со стрессом, чем врачи психиатры [16]. Для психиатров тяжесть синдрома выгорания усугубляется неудовлетворенностью характером работы и благополучием на рабочем месте. Специфическое отношение к работе приводит к появлению у психотерапевтов синдрома выгорания - полной преданности работе, которая фактически становится заменой нормальной социальной жизни психотерапевта, в то время как он оценивает свою деятельность как элитарного, что, однако, не приводит к желаемому Результаты и психотерапия не дают ощущения значимости и ценности. Исследователи отмечают, что психиатры относятся к группе медицинских профессий с наивысшим показателем категории тяжести работы, что связано с высоким эмоциональным стрессом при работе с психически больными. Психиатр имеет дело с агрессивными тенденциями, с психомоторным возбуждением, с импульсивными действиями, непредсказуемым поведением со стороны пациентов, с бредовыми и галлюцинаторными явлениями, что отражается на его психологическом состоянии. Еще Ю. Каннабих [17] предположил возможность психических изменений у сотрудников психиатрических клиник. В то же время уровень выгорания у медицинского персонала психиатрических служб на уровне сообщества выше, чем у сотрудников психиатрических больниц. Это связано с тем, что работа в командах в больнице связана с открытым методом принятия решений, взаимной поддержкой, более свободными условиями труда. Синдром выгорания у психиатров может привести к суицидальному поведению, которое встречается в 5 раз чаще, чем в общей популяции, причем треть суицидов происходит в первые годы профессиональной деятельности. Исследования Л.Н. Юрьева показали, что у 26% опрошенных психиатров периодически возникают мысли о самоубийстве, а 8% посещают мысли о самоубийстве "часто и очень часто". Самым стрессовым аспектом работы психиатра является «отсутствие

терапевтического успеха», в то время как частные врачи, сотрудники исследовательских институтов, университетов, а также врачи, работающие с благоприятными заболеваниями, менее восприимчивы к СЭВ. Е.И. Лозинская [18], которой был проведен сравнительный анализ профессиональных качеств психиатров и онкологов, выявила, что психиатры (в отличие от онкологов) демонстрируют более личное отношение к пациентам и профессии, более успешное антистрессовое преодоление, меньшую самостигматизацию. Психиатры чаще, чем онкологи, имеют напряженные отношения с пациентами при отсутствии прогресса в терапии, но они лучше справляются с ними и меньше зависят от результатов трудовой деятельности.

Список литературы

1. Социальный стресс и психическое здоровье [Текст] / Т. Б. Дмитриева, А. И. Воложин, Ю. А. Александровский [и др.] ; под ред. Т. Б. Дмитриевой, А. И. Воложина. – М.: ВУНМЦ, 2001. – 249 с.;

2. Абдуллаева, М. М. Профессиональная идентичность личности: психосемантический подход [Текст] / М. М. Абдуллаева / / Психологический журнал. – 2004. – Т. 25, № 2. – С. 86-95;

3. Зеер, Э. Ф. Психология профессий [Текст]: учебное пособие для вузов / Э. Ф. Зеер. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.; Екатеринбург: Академический проект: Деловая книга, 2003. – 330 с.– (Gaudeamus);

4. Грановская, Р. М. Творчество и преодоление стереотипов [Текст] / Р. М. Грановская, Ю. С. Крижанская. – СПб.: OMS, 1994. – 179 с.;

5. Freudenberger, H. J. Staff Burn-Out [Text] / H. J. Freudenberger // Journal of Social Issues. – 1974. – Vol. 30, № 1. – P. 159-165.;

6. Кабанов, М. М. Реабилитация психически больных [Текст] / М. М. Кабанов. – 2-е изд., доп. и перераб. – Л.: Медицина, 1985. – 216 с.;

7. Гавриленко, М. А. К вопросу о развитии синдрома «выгорания» у врачей психиатров-психотерапевтов [Текст] /М. А. Гавриленко // Архів психіатрц. – Ктв, 2002. – № 4 (31). – С. 192-194.;

8. Burisch, M. Approaches to personality inventory construction: A comparison of merits [Text] / M. Burisch // American Psychologist. - 1984. - Vol. 39, № 3. - P. 214-227.;

9. Коновальчук, А. Н. Синдром эмоционального выгорания в профессиональной деятельности учителей [Текст]: монография / А. Н. Коновальчук; Волжский гос. инженерно-пед. ун-т. – Н. Новгород: ВГИПУ, 2010. – 182 с.;

10. Орел, В. Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы [Текст] / В. Е. Орел // Психологический журнал. – 2001. – Т. 22, № 1. – С. 90-101;

11. Gabbard, G. O. The role of compulsiveness in the normal physician [Text] / G. O. Gabbard // JAMA. – 1985. – Vol. 254, № 20. – P. 2926-2969.;

12. Malan, D. H. The Outcome Problem in Psychotherapy Research: A Historical Review [Text] / D. H. Malan // Arch. Gen. Psychiatry. – 1973. – Vol. 29, № 6. – P. 719-729;

13. Cooper, A. M. Some limitations on therapeutic effectiveness: the "burn-out syndrome" in psychoanalysts [Text] / A. M. Cooper // Psychoanal Q. – 1986. – Vol. 55, № 4. – P. 576-598;

14. Водопьянова, Н. Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика [Текст] / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова [и др.]. – 2-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 336 с. – (Практическая психология).

15. Рыбина, О. В. Психологические характеристики врачей в состоянии профессионального стресса [Текст]: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / О. В. Рыбина. – СПб., 2005. – 22 с.;

16. Фоминых, Е. Синдром выгорания у врачей, оказывающих психиатрическую помощь [Текст]: доклад на XI Летней Школе ЕКПП-Россия, Санкт-

Петербург (Репино), 26-30 июня 2011 года / Е. Фоминых // Вестник психоанализа. – 2011. – № 1. – С. 169-172.

17. Каннабих, Ю. В. История психиатрии [Текст] / Ю. В. Каннабих; предисл. П. Б. Ганнушкина. – Репринт. изд. – М.: ЦТР МГП ВОС, 1994. – 528 с.;

18. Лозинская, Е. И. Проявления синдрома перегорания у психиатров и онкологов [Текст] / Е. И. Лозинская // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2006. – Т. 3, № 3. – С. 16

19. Ивашиненко Д.М., Ивашиненко Л.В., Бурделова Е.В. Психологическое сопровождение процесса адаптации первокурсников к условиям обучения в медицинском ВУЗе// Прикладные информационные аспекты медицины. 2017. Т. 20. № 2. С. 60-66

ДЕСОЦИАЛИЗАЦИЯ В ЦИФРОВОМ МИРЕ: ХИКИКОМОРИ — ФЕНОМЕН СОВРЕМЕННОЙ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТИ

Дворянкина М.А., ординатор кафедры ПиН
ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет»
Тула, РФ

Аннотация. Статья рассматривает проблему добровольного одиночества, в современных источниках часто упоминаемая под термином «хикикомори». Так называют людей, отказывающихся от социальной жизни и стремящихся к крайней степени социальной изоляции вследствие различных социальных факторов. Такие личности зачастую не устроены на работу и поживают на иждивении родственников. Рассматриваемая разновидность одиночества наиболее ярко проявляется в Японии, однако в связи со стремительным ростом и глобализацией технологических нововведений и сопровождающим их обильным информационным потоком проблема приобретает всемирное распространение.

Ключевые слова: десоциализация, самоизоляция, одиночество, отшельничество, эскапизм, хикикомори, глобализация, цифровые технологии, нарушения социальной адаптации.

Хикикомори определяют как лиц, отказывающихся покидать родительский дом, изолирующих себя от общества и семьи в отдельной комнате более шести месяцев и не имеющих какой-либо работы или заработка. Некоторые хикикомори пребывают в изоляции несколько лет подряд, а в редких случаях — десятки лет. Традиционной социализацией хикикомори пренебрегают, а цифровая социализация для них вполне приемлема: они становятся в большей степени социальными, чем их предшественники в доцифровую эпоху. [8; 10]

Может показаться, что стремительное развитие социальных сетей и мобильной связи — отличное средство от одиночества: действительно, ведь в любой момент и в любом месте имеется возможность вступить в контакт с конкретным человеком или с целой аудиторией. Однако это не так: тяжкий гнет одиночества продолжает преследовать множество людей, в том числе представителей цифрового поколения [14]. Достаточно традиционная для философии и психологии проблематика человеческого одиночества видоизменяется, приобретая новые оттенки в наступившем цифровом обществе. Цифровые технологии, с одной стороны, сыграли роль одного из инструментов избавления от одиночества, но, с другой стороны, они выступили причиной роста числа социальных «одиночек», прячущихся в сети [7].

Среди причин подобной изоляции — жизненные трагедии (преждевременная потеря близких), урбанистическая практика («одиночество в толпе»), наличие рынка труда на дому, не требующего посещения офиса (в том числе так называемый фриланс), болезненный опыт жизни с нелюбимым человеком, неуживчивый характер, физические или косметические уродства, длительный «поиск себя» [4, с. 315], столкновение с жестокой травлей (буллингом) в подростковом или взрослом возрасте, а также многочисленные психические откло-

нения. Будучи не в состоянии сблизить образ «Я» и «идеальное Я», индивиды готовы «признать поражение, даже не вступая в борьбу» [2, 3, 12]. Важно отметить, что для части хикикомори избранный ими способ существования есть отражение экзистенциальной трансцеденции и высокой степени самосовершенствования [7].

Наиболее существенными моментами для отнесения кого бы то ни было к числу хикки обычно признаются самоизоляция хикикомори в течение не менее полугода, очевидная социофобия и практически полный отказ от социальных обязательств, а также совместное проживание с родителями или иными родственниками [9; 11]. Отказ от общения даже с самыми близкими людьми говорит в большинстве случаев об отсутствии чувства привязанности, пониженной самооценке и неуверенности в себе, недостаточной сформированности коммуникативных навыков, что выступает помехой во взаимодействиях как со сверстниками, так и со старшими. При этом хикикомори характеризует эгосинтония, т. е. психическое состояние, при котором индивид ощущает гармонию с нестандартными качествами своей личности [1, 13]. Наряду с жесткой соревновательностью в рамках школы и при приеме в университеты, возможной причиной возникновения хикикомори является и неприятие высококонкурентной среды или реакция на недостаток экономического роста в стране, что сказывается на отсутствии вакансий для представителей новых поколений [7].

Актуальность проблемы в России. Более полумиллиона участников социальных сетей подписаны на тематически связанные с хикикомори группы и паблики во «ВКонтакте», чаты, каналы в «Телеграме». В них повествуется о душевной боли, утрате смысла жизни, отсутствии любви и привязанностей, желанности смерти. Хотя многие подписчики пока еще активно переписываются, готовы друг с другом познакомиться. Они образуют своеобразную молодежную субкультуру, и одна из специфических для российских хикки тем общения, связанная с особенностями экономики — возможность заработка, желательность необременительного трудоустройства, предпочтительно посредством Интерне-

та [6; 7]. Среди них немало безработных или тех, кто работает от случая к случаю; встречаются и отказывающиеся посещать школу в результате буллинга. Еще больше тех, кто даже в зрелые годы продолжает жить в родительском доме. Вышеописанное заставляет ожидать, что российским психотерапевтам уже вскоре предстоит профессиональная работа с изрядным количеством российских хикки или тех, кто себя таковыми считает.

Выводы. Цифровые технологии способствуют изменению уклада жизни самых разных групп населения; в наибольшей степени это относится к представителям молодежи, особенно к тем из них, кто испытывает сложности в социальном взаимодействии и трудности социальной адаптации. Доступность цифровых технологий существенно преобразовала жизнь международного сообщества хикикомори – на смену традиционной социализации, которой они в большинстве случаев пренебрегали, пришла более приемлемая для них цифровая социализация, позволяющая становиться даже более социальными в новой «цифровой социальности», чем в предшествующую доцифровую эпоху. Проводимые исследования и попытки изменить ситуацию часто характеризуются малой широтой распространения, отсутствием научного подхода, неадаптированностью к государственным и социальным условиям, некомпетентной активностью, которая нередко приводит к негативному эффекту. Таким образом, проблема является крайне актуальной и в настоящее время единого верного решения она не имеет [5].

Список литературы

1. Ивашиненко Д.М., Бурделова Е.В. Распространенность ранних дезадаптивных схем в молодежной среде// Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2019. № 2. С. 30-34.

2. Ивашиненко Д.М., Ефимова Е.В., Жаворонкова П.С. Обзор зарубежных исследований буллинга в подростковой и молодёжной среде// Клинические, биологические, психологические аспекты психиатрии и наркологии ма-

териалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. под редакцией Д.М. Ивашиненко. 2016. С. 30-36.

3. Ивашиненко Д.М., Ивашиненко Л.В., Бурделова Е.В. Профилактика агрессивного поведения в молодёжной среде, на примере ТулГУ// Антология российской психотерапии и психологии Материалы Всероссийского конгресса с международным участием «Отечественная психотерапия и психология: становление, опыт и перспективы развития (к 85-летию отделения неврозов и психотерапии Национального центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева)». 2018. С. 113-114.

4. Лабиринты одиночества / Под ред. Н.Е. Покровского. М.: Прогресс, 1989. 624 с.

5. Наркомании и токсикомании. Учебное пособие. – Тула, Медицинский институт ТулГУ, 2014. – 126 с.

6. Познина Н.А., Коломоец И.В. Феномен хикикомори в современном обществе // Образование. Наука. Инновации: Южное измерение. 2014. Т. 2 (34). С. 178— 183.

7. Солдатова Г.У., Войскунский А.Е. Эпидемия одиночества в цифровом обществе // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Т. 27. № 3. С. 22—43. doi: 10.17759/cpp.2019270303

8. Carla Ricci. Hikikomori: adolescenti in volontaria reclusione. — 2017. — 96 с. — ISBN 9788846499998.

9. Kato T.A., Kanba S., Teo A.R. Hikikomori: experience in Japan and international relevance // World Psychiatry. 2018. Vol. 17 (1). P. 105—106. doi:10.1002/wps.20497

10. Persona Il fenomeno dell’hikikomori: cultural boundo quadro psicopatologico emergente? // GiornaleItalianodiPsicopatologia. – 2012.

11. Saito T. Hikikomori: Adolescence Without End. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press, 2013. 216 p.

12. Suwa M., Suzuki K. The phenomenon of “hikikomori” (social withdrawal) and the socio-cultural situation in Japan today // Journal of Psychopathology. 2013. Vol. 19. P. 191—198.

13. Teo, Alan R. Social isolation associated with depression: A case report of hikikomori (англ.) // Int J Soc Psychiatry (англ.)русск.: journal. — 2013. — Vol. 59, no. 4. — P. 339—341. — DOI:10.1177/0020764012437128.

14. Turkle S. Alone Together: Why We Expect More from Technology and Less from Each Other. New York: Basic Books, 2010. 360 p.

РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ

Кудрявцева Е.В., ординатор кафедры ПиН
ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет»,
Тула, РФ

Расстройства пищевого поведения определяют, как стойкое нарушение питания, или поведения, связанного с приемом пищи. К расстройствам приема пищи относят такие заболевания как нервная анорексия, нервная булимия, орторексия, компульсивное переедание, парорексия и др.

Актуальность проблемы. Проблема расстройств пищевого поведения в последнее время становится все более актуальной в связи с популяризацией заболевания среди детей и подростков через социальные сети, а также недостаточной эффективностью диагностических и лечебных мероприятий.

По данным литературы в Европе у лиц женского пола в возрасте 15-20 лет расстройства пищевого поведения выявлены у 0,019%. В последние годы отмечается рост заболеваемости. Распространенность расстройств приема пищи составляет 1,2% у женщин, и 0,29% у мужчин. Среди лиц мужского пола РПП встречается в 5 раз реже, чем у женского. Несмотря на то, что 90% пациентов с

расстройством пищевого поведения составляют женщины, распространенность диагностированных расстройств у мужчин будет увеличиваться.

Нервная анорексия — заболевание, характеризующееся необоснованным стремлением больного к похуданию под влиянием бредовых идей, проявляющееся длительным сознательным ограничением пищи при наличии физиологической потребности в питании, которое приводит к соматическим расстройствам и истощению. Заболевание чаще встречается у лиц женского пола в возрасте от 15 до 20 лет.

К диагностическим критериям относятся:

- отказ поддержания массы тела в пределах нормы, допустимой для данного роста и возраста, невозможность добиться прибавки в массе тела во время периода роста.

Потеря веса может достигаться ограничением общего количества принимаемой пищи, отказом от пищи с высокой калорийностью, после чего осуществляется переход к питанию жестко ограниченным ассортиментом продуктов. Также пациенты могут прибегнуть к использованию некоторых видов очистительных процедур, или повышают физическую активность, целью которой является снижение веса.

- страх набора массы тела, который не уменьшается при достижении критически низкого веса.

- искаженное восприятие собственного тела, которое влияет на самооценку и влечет за собой еще более жесткое ограничение принимаемой пищи.

- аменорея у половозрелых женщин.

Булимия – психическое расстройство, характеризующееся в основном периодически повторяющимися приступами чрезмерного повышения аппетита.

К диагностическим критериям относятся:

- многократно повторяющиеся эпизоды переедания, которые характеризуются употреблением аномально большого количества пищи за определенный

период времени, сопровождается чувством стыда за съеденное, потерей контроля.

- компенсирующее поведение (использование слабительных, диуретических средств, вызывание рвоты, голодание, чрезмерная физическая активность).

- фиксация более чем двух эпизодов переедания за неделю.

- искаженное восприятие собственного тела.

Нервная орторексия – расстройство приёма пищи, которое может характеризоваться стремлением к здоровому питанию, что в последствии может привести к ограничениям в выборе продуктов. Данный термин первый раз был использован Стивеном Брэтмэном. В настоящий момент не существует строгих критериев диагностирования данного заболевания и именно поэтому данный диагноз «орторексия» не может быть поставлен врачом официально, но несмотря на это его все равно используют при описании данного расстройства пищевого поведения.

Выводы:

1. Расстройства пищевого поведения – это серьезные, трудно поддающиеся терапии заболевания, которые требуют комплексного лечения.

2.Важно своевременно диагностировать первые проявления симптомов болезни.

3. Благоприятный прогноз лечения расстройств пищевого поведения зависит от своевременной диагностики данного заболевания.

Список литературы

1. Дж. Нордонэ, Т. Вербиц, Р. Миланезе. В плену у еды. Генезис Москва 2016 г.

2. Николаенко А.Н., Романова Е.А. Смертельная диета. Stop анорексия. — М.: ЗАО Центрполиграф, 2007

3. Протокол (алгоритм) ведения пациентов с нервной анорексией в условиях стационара / Т.Н. Сорвачева [и др.]. М.: КСТ Интерфорум, 2015

4. Ластовецкий А.Г., Бабин С.М., Васильева А.В., Ивашиненко Д.М. Особенности амбулаторной и стационарной психотерапии пациентов с непсихотическими психическими расстройствами// Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2019. № 6. С. 36-41.

ШИЗОФРЕНИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Мариничева Ю.С., ординатор кафедры ПиН
ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет»
Тула, РФ

Со временем увеличивается актуальность проблемы шизофрении у беременных. В статье рассказывается о том, как заболевание влияет на женщину во время беременности и отражается на плоде. Как следует поступить женщине, планирующей беременность при шизофрении, как себя вести при наступившей беременности, а главное – какова тактика врачей ведения беременной при заболевании шизофрении.

Актуальность проблемы, шизофрения, беременность, плод, тактика ведения, лечение заболевания.

Шизофрения — хроническое психическое эндогенное прогредиентное заболевание, характеризующееся дисгармоничностью и утратой единства психических функций (мышления, эмоций, моторики), сопровождающееся различной продуктивной и негативной симптоматикой и приводящее к изменениям личности в виде аутизации, снижения энергетического потенциала, обеднения эмоций и нарастающей интровертированности.[1, С. 3].

На основе результатов исследований выявлено, что шизофренией болеют около 2% населения земного шара. Как уже известно, этим заболеванием болеют больше мужчины, нежели женщины. Шизофрения в основном начинается в подростковом периоде и затрагивает процессы мышления, восприятия, прояв-

ляется неадекватной эмоциональной реакцией на окружающие события, чем снижает качество жизни. В нашей стране с каждым годом растет процент рождаемости и возраст беременных женщин «молодеет». Больные шизофренией порой способны неадекватно оценивать ситуацию из-за депрессии, спутанности сознания, вызванной заболеванием, в связи с этим растет число половых связей, а результатом этого становится беременность. Также у больных шизофренией может наблюдаться увеличение половой активности в связи с применением психотропных препаратов, а так же их самостоятельной отмены.

Риск и опасность во время беременности. Процесс вынашивания плода по своей сути довольно нелегкий труд. Заболевание шизофрении добавляет немало сложности врачам. В период беременности не рекомендуется употреблять женщине какие-либо лекарственные препараты, дабы не навредить плоду. Так как у женщины во время беременности наблюдается изменение гормонального фона, что способствует появлению психоэмоциональных расстройств. Возникают: депрессия, обсессивно-компульсивные и тревожные расстройства, психосоциальные и личностные состояния, которые купировались до беременности лекарственными препаратами. В результате этого вынужденная тактика ведения пациентки для врача, это введение ей психотропных лекарственных препаратов. Конечно, они будут негативно влиять на плод, что способствует возникновению его пороков или внутриутробной смерти.

Послеродовой период — это время особой уязвимости к обострениям психоза. Женщины с шизофренией в меньшей мере способны удовлетворять потребности своих детей, и они нередко обладают очень ограниченной социальной сетью. Дети матерей, страдающих шизофренией, оказываются трудными в воспитании. От 10 до 15% детей матерей, страдающих шизофренией, впоследствии сами становятся пациентами с шизофренией, а в целом у 50% детей возникает то или иное психическое расстройство[2, С.110].

Тактика ведения пациентки во время беременности. Не рекомендуется применение антипсихотических препаратов беременным, особенно в первом

триместре, в связи с их тератогенным действием. Если применение фармакологического лечения неизбежно, то следует лечить пациентку малыми эффективными дозами препаратов, а за несколько дней перед родами снизить концентрацию препаратов до минимума.

Рекомендованными препаратами для лечения у беременной с шизофренией являются: левомепромазин, сульпирид, кветиапин, респеридон.

Таким образом, стоит проводить профилактические беседы с нерожавшими женщинами детородного возраста, с целью донесения до них информации о всех рисках и опасности беременности и послеродового периода как для них самих, так и для ребенка.

Список литературы

1. Д. М. Ивашиненко, И. В. Ильин, Шизофрения: этиопатогенез, клиника, лечение, реабилитация. Учебное пособие /Д. М. Ивашиненко, И. В. Ильин// Тула, Медицинский институт ТулГУ, 2013. – 72 с.

2. Петрюк П. Т. Шизофрения и беременность: состояние вопроса и пути решения/ Петрюк П. Т. // Психічнездоров'я. — 2009. — № 2. — С. 108–118.

3. Ефимова Е.В., Шестопалова Е.А. Особенности периода беременности, родов и неонатального периода у женщин больных шизофренией// Клинические, биологические, психологические аспекты психиатрии и наркологии материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. под редакцией Д.М. Ивашиненко. 2016. С. 28-29.

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В ПСИХИАТРИИ

Мешков И.А., ординатор кафедры ПиН
ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет»
Тула, РФ

Аннотация. В данной работе обозначается роль и актуальность психосоциальной реабилитации в психиатрии. Рассматриваются основные программы, этапы, разъясняется ход восстановления и социализации больных с психическими расстройствами.

Ключевые слова: психосоциальная реабилитация, психотерапия, нервно-психические расстройства, обучение и восстановление.

Актуальность. В сложившихся обстоятельствах, когда происходит увеличение числа больных с нервно-психическими расстройствами вопросы медико-социальной реабилитации приобретают всё большую актуальность. В настоящее время пациенты с психическими расстройствами все больше получают возможность восстанавливать или приобретать новые социальные навыки после обострения и манифестации того или иного заболевания, удлинились периоды ремиссий, появилась способность к трудоустройству и самостоятельному проживанию. Мероприятия по восстановлению социальных навыков меняются в зависимости от потребностей пациентов, условий, где проводятся реабилитационные вмешательства и от культурных и социально-экономических условий страны. Таким образом, психосоциальная реабилитация как новый раздел психиатрии представляет собой динамически развивающуюся структуру, затрагивающая все сферы жизни больных с психическими расстройствами [4].

Понятие и основные программы. Психосоциальная терапия и реабилитация – это формирование или восстановление недостаточных или утраченных в результате болезни когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности, навыков, знаний, умений взаимодействовать, решать проблемы, ис-

пользовать стратегии совладания у психически больных с изъянами социальной адаптации, обеспечивающих их интеграцию в общество [2].

В нашей стране основоположником в этой отрасли является Кабанов Модест Михайлович – российский и советский психиатр, доктор медицинских наук, профессор. В советские времена он возглавлял разработку тогда еще нового научного направления в СССР – Реабилитация больных с нервно-психическими заболеваниями. Идеи этой разработки получили признания за рубежом и были изложены в более чем 200 научных работах и 8 монографиях.

Реабилитация психически больных в нашей стране включает медикаментозную и трудовую терапию, физиотерапию, культурно-просветительные и досуговые мероприятия. Накопление научного и практического опыта в рамках психосоциальной реабилитации позволило формировать и совершенствовать некоторые виды психосоциальных вмешательств:

- психообразовательные программы для пациентов и их родственников. Когда возникает заболевание, родные обеспокоены психическим состоянием их близких. Они ищут информацию об их самочувствии (часто неверную и противоречивую), напуганы стигматизацей и т.д. В ходе групповых занятий по психотерапии родственники пациентов получают всю необходимую информацию о том, как добиться желаемого результата: о патогенезе, течении заболевания, лечении, особенностях поведения и общения и т.д.;
- обучение и восстановление утраченных социальных навыков для повседневной независимой жизни: приготовление пищи, посещение магазинов, пользование общественным транспортом и т.д. Отдельно выделяют коммуникативные тренинги, которые позволяют возобновить навыки общения;
- обучение и тренировка навыков по контролю своего психического состояния
- когнитивно-поведенческая терапия, направленная на улучшение памяти, внимания, речи, поведения;

- семейная и групповая терапия, группы само- и взаимопомощи пациентов [3].

Этапы и ход реабилитации. В реабилитации задействованы несколько специалистов. В первую очередь, это врач-психиатр, который является лечащим врачом. Он ведет наблюдение за пациентом, корректирует медикаментозное лечение. Дальше к нему на помощь приходят клинический психолог и психотерапевт которые непосредственно занимаются психосоциальной реабилитацией. Так же при необходимости может быть задействован социальный работник. Все они, работая в команде, обмениваясь информацией, ведут пациента к возобновлению нормальной, полноценной жизни. Психосоциальная работа не обязательно должна совпадать с пребыванием пациента в стационаре. Ее следует начинать при стабилизации состояния и ослаблении патологических процессов, например, при уменьшении продуктивной симптоматики (бредовые идеи, галлюцинации) при шизофрении. Выделяют следующие 3 этапа:

1. Этап активных психосоциальных воздействий (психосоциальная терапия). Это этап психосоциального лечения, т.е. использование имеющихся различных форм психосоциального воздействия, направленных на восполнение когнитивных, мотивационных, эмоциональных резервов с учетом специфики социальной дезадаптации.

2. Этап практического освоения приближенных к прежним или новых для пациента ролевых функций и социальных позиций. Это задача всех форм организационных звеньев, которые находятся между психиатрическим стационаром и обществом. С их помощью пациент постепенно и поэтапно осваивает новые социальные роли и позиции, что облегчает и улучшает его возвращение к жизни среди населения.

3. Этап закрепления и поддержки в той или иной степени неполного или полного социального восстановления. Часть пациентов, в работе социальных служб будет нуждаться постоянно. Этот факт доказывает ряд исследований, которые доказали, что эффект психосоциального воздействия (образова-

тельные, тренинговые и др. программы) сохраняется непродолжительное время и в дальнейшем требует повторения.

Необязательно должна сохраняться последовательность каждого из этапов. Выбор формы психосоциального вмешательства выбирается индивидуально для каждого пациента с учетом его характера и специфики социальной дезадаптации [2, 5, 6].

Заключение. Психосоциальная реабилитация должна являться непременной деятельностью каждого психиатрического учреждения – это важная задача комплексного лечения психических расстройств. Ведь основной подход в современной психиатрии – биопсихосоциальный – он связан с восприятием пациента как полноценной личности, имеющей свои особенности и свои интересы, права и обязанности, способной являться полноценным членом общества. Именно такое направление позволяет реинтегрировать (возвратить) психически больных в общество [1].

Список литературы

1. Ивашиненко Д. М., Ильин И. В. Шизофрения: этиопатогенез, клиника, лечение, реабилитация. Учебное пособие. – Тула, Медицинский институт ТулГУ – 2013. – 72 с.

2. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова ; отв. ред. Ю.А. Александровский . – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 624 с.

3. Гажа А. К., Струкова Е. Ю., Османов Э.М., Тулупова О. В. К вопросу о психосоциальной реабилитации психически больных // Вестник российских университетов. Математика. – 2015-№4. – 802-804 с.

4. Лиманкин О. В. Актуальные проблемы внедрения реабилитационных технологий в практику психиатрических учреждений // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012-№3. – 99-106 с.

5. Болобаев С.В., Ефимова Е.В. Статистические показатели амбулаторной и стационарной судебно-псхиатрической экспертизы в тульской области// Психические и наркологические расстройства: социальная стигма и дискриминация: есть ли выход? Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. ФГБОУ ВО "Тульский государственный университет", ГУЗ "ТОКПБ №1 им. Н.П. Каменева"; под. ред. Д.М. Ивашиненко. 2015. С. 18-19.

6. Болобаев С.В., Ефимова Е.В. Статистические показатели амбулаторной и стационарной судебно-псхиатрической экспертизы в Тульской области// Психические и наркологические расстройства: социальная стигма и дискриминация: есть ли выход? Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. ФГБОУ ВО "Тульский государственный университет", ГУЗ "ТОКПБ №1 им. Н.П. Каменева"; под. ред. Д.М. Ивашиненко. 2015. С. 18-19.

СПЕЦИФИКА И ПРОБЛЕМАТИКА ОТДЕЛЕНИЙ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Митяев Д.В., ординатор кафедры ПиН

ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет», Тула, РФ

Судебная психиатрия является наукой, которая находится на стыке медицины и юриспруденции. Она неотделима от общей психиатрии, но имеет свои особые задачи. Разнообразие, сложность и ответственность задач, стоящих перед судебными психиатрами, требуют от них особой четкости методологических подходов. Организация и проведение судебно-психиатрической экспертизы в нашей стране регулируются нормами уголовного, уголовно-процессуального и гражданского законодательства. На практике судебно-

психиатрическая экспертиза проводится, если у представителей проводящих дознание появляются сомнения в психическом состоянии подэкспертного или иного лица.

Актуальность проблемы. В наше время у населения бытует мнение о том, что люди, имеющие психические заболевания опасны для населения, и они совершают в несколько раз чаще насильственные преступления и противоправные действия. Чаще их совершают больные обременённые болезнями, сопряжёнными с психозами. Психоз повышает риск совершения насильственных действий. Ко второй группе относят людей, злоупотребляющих алкоголем и наркотическими веществами, и риск совершения насильственных действий этими лицами ещё выше, чем у предыдущих. К третей группе людей относятся не обязательно пациенты психиатрических клиник, это люди, имеющие антисоциальное расстройство личности.

Только судебно-психиатрическая экспертиза может установить, мог ли обвиняемый осознавать характер или общественную опасность своих действий либо руководить ими в момент совершения преступления. Только судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе устанавливает способность подэкспертного понимать значение своих действий и поступков либо не понимать этого. Вменяемость определяет два критерия: интеллектуальный и волевой критерии. Интеллектуальный критерий говорит о том, что невменяемый человек не понимает действительный характер своих действий. Например, человек с паранойяльном бредом преследования. Человеку кажется, что его преследует человек или группа людей, и он совершает насильственные действия, на самом деле защищаясь от мнимой угрозы. Такой человек, истинно веря, что его жизни угрожает опасность, может совершить насильственные действия, и он невменяем по интеллектуальному критерию. Волевой критерий говорит о том что человек понимая реальный характер происходящего вокруг него, не может управлять своими действиями. Волевой критерий редко применяется один, чаще он применяется вместе с интеллектуальным критерием. То есть

человек не очень чётко понимает, что происходит вокруг него, он чувствует какую-то угрозу и не может адекватно управлять своими действиями, в результате этого совершает какой-то акт насилия. Судебно-психиатрическая экспертиза должна диагностировать возможное душевное расстройство обвиняемого, подозреваемого, пострадавшего или свидетеля, определить его тяжесть и в необходимых случаях рекомендовать лечение. Нередко приходится сталкиваться с симуляцией или диссимуляцией психических заболеваний. Для установления истины основным условием диагностики психических расстройств является клиническое наблюдение за подэкспертными, дополненное данными их лабораторного обследования.

Методика проведения судебно-психиатрической экспертизы. Проведение экспертизы поручается постоянным судебно-психиатрическим комиссиям, работающим на базе психиатрических больниц или психоневрологических диспансеров. Состав комиссий утверждается приказом руководителя органа здравоохранения. Вместе с тем следователь и суд могут сами назначить конкретных судебно-психиатрических экспертов в экспертную комиссию. В состав судебно-психиатрической экспертной комиссии входит не менее трех экспертов-психиатров, один из которых является председателем, другой - докладчиком, третий – членом комиссии. При проведении сложных экспертиз число членов экспертной комиссии может быть увеличено. Вместе с тем в порядке исключения при отсутствии трех профессиональных психиатров-экспертов судебно-психиатрическая экспертиза может быть поручена двум и даже одному эксперту.

Существует несколько видов судебно-психиатрической экспертизы.

–Амбулаторная экспертиза характеризуется чаще однократным освидетельствованием подэкспертного комиссией врачей-психиатров.

–Стационарная судебно-психиатрическая экспертиза проводится в психоневрологических больницах, в психоневрологических клиниках, имеющих стационары.

–Экспертиза в кабинете следователя по своему характеру приближается к амбулаторной и производится обычно одним психиатром, вызываемым следователем, и чаще всего имеет консультативный характер.

–Экспертиза в судебном заседании назначается, если в процессе судебного рассмотрения дела возникает вопрос о психической полноценности лица. Чаще всего экспертов-психиатров вызывают в суд в отношении лиц, которые прошли судебно-психиатрическое освидетельствование, и когда имеющемуся заключению необходимо дать разъяснения.

–Заочная и посмертная экспертиза проводится без личного освидетельствования подэкспертного на основании свидетельских показаний, медицинской документации, характеристик и отзывов.

Что же делать, как уберечь человека, который страдает психическим расстройством от совершения насильственного преступления?

На наш взгляд надо улучшать качество и доступность психиатрической помощи, и снижать стигму, чтобы больным и их родственникам было проще обращаться за психиатрической помощью. Чтобы она была и физически доступна и не казалась чем-то страшным, осудительным, стыдным. Поэтому снижение стигмы и вовремя оказанная адекватно психиатрическая помощь, сильно снижает риск совершения преступления. Человек, имеющий какой либо диагноз, находящийся в хорошем контакте со своим врачом, получающий необходимую медикаментозную и психологическую терапию, гораздо менее опасен для общества. Собственно не представляет дополнительной опасности для общества, по сравнению с общей популяцией.

Список литературы

1. Ивашиненко Д. М., Ильин И. В. Наркомании и токсикомании. Тульский государственный университет 2014.

2. Т.Б. Дмитриева, А.А. Ткаченко, Н.К. Харитонова, С.Н. Шишков Судебная психиатрия М. Юристъ 1998.

3. Ивашиненко Д.М, Ильин И.В. Шизофрения. Тульский государственный университет 2014.

4. Болобаев С.В., Ефимова Е.В. Статистические показатели амбулаторной и стационарной судебно-псхиатрической экспертизы в тульской области// Психические и наркологические расстройства: социальная стигма и дискриминация: есть ли выход? Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. ФГБОУ ВО "Тульский государственный университет", ГУЗ "ТОКПБ №1 им. Н.П. Каменева"; под. ред. Д.М. Ивашиненко. 2015. С. 18-19.

5. Болобаев С.В., Ефимова Е.В. Статистические показатели амбулаторной и стационарной судебно-псхиатрической экспертизы в Тульской области// Психические и наркологические расстройства: социальная стигма и дискриминация: есть ли выход? Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. ФГБОУ ВО "Тульский государственный университет", ГУЗ "ТОКПБ №1 им. Н.П. Каменева"; под. ред. Д.М. Ивашиненко. 2015. С. 18-19.

ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОЕ РАССТРОЙСТВО

Мовсисян А.А., ординатор кафедры ПиН
ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет»
Тула, РФ

Аннотация. Работа посвящена общей оценке психопатологической структуры обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР). Рассмотрены основные симптомы и принципы лечения ОКР на основе историй болезни и данных медицинской литературы. Данная статья поможет внести понимание актуальных вопросов о важности диагностики данного расстройства.

Ключевые слова: обсессивно-компульсивное расстройство, тревожно-фобическое расстройство, психиатрия, навязчивые состояния, фобии, обсессии, компульсии, навязчивые мысли, навязчивые действия.

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) является хроническим, инвалидизирующим заболеванием, которым страдает от 1,9 до 3,3% населения [2]. Основными симптомами данного расстройства являются обсессии (тягостные, возникающие помимо воли пациента идеи, образы или влечения, которые вновь и вновь приходят на ум пациента, и от которых он пытается избавиться) и компульсии (стереотипные действия пациента, нередко переходящие в ритуалы, с помощью которых он пытается уйти от угнетающих мыслей, например, возвращение домой с тем, чтобы проверить, закрыта ли дверь). Также вместе с ОКР выделяются очерченные симптомокомплексы, среди которых навязчивые сомнения, контрастные навязчивости, навязчивый страх загрязнения (заражения) [1].

Чаще всего ведущей симпотматикой ОКР являются страхи (фобии), которые осложняют жизнь пациента и выбивают его из привычного времяпровождения. Это может быть страх заболеть тяжёлыми соматическими и инфекционными заболеваниями (канцерофобия, кардиофобия). Часто страх вызывает нахождение в людном месте или пребывание в замкнутом пространстве. Фобии возникают из личностных переживаний и ложных идей о тех или иных явлений. Зачастую страхи заставляют пациенты проводить “ритуалы" для избавления от них. Это может быть постоянное мытье рук при страхе загрязнения (мизофобия).

Указанные психипатологические образования возникают на фоне эмоциональных, когнитивных и личностных расстройств. Важную роль в возникновении заболевания играет конституционально-личностная предрасположенность [3, 5]. Замечено, что среди больных преобладают личности “мыслитель-

ного” типа, склонные к логическому мышлению и самоанализу, стремящиеся сдерживать эмоциональный ответ на раздражители.

Состояния, характеризующиеся только навязчивыми тиками (моносимптомные двигательные расстройства) представляют собой стереотипные повторения для избавления тягостного ощущения, например, пациент может постоянно поправлять кепку на голове, думая что она неправильно сидит. Обычно такие состояния имеют благоприятный прогноз. Появляясь чаще в дошкольном и младшем школьном возрасте, тики обычно проходят к концу пубертатного периода. Не стоит путать тики с привычными действиями (покусывание губ, скрежетание зубами, сплевывание), отличающиеся отсутствием субъективно тягостного чувства переживания их как чуждых, болезненных. Быстрое усложнение клиники в результате присоединения к изолированным тикам других двигательных навязчивостей, фобий или обсессий требует исключения вялотекущей шизофрении [4]. Также следует дифференцировать тики с болезнью Жиля де ля Туретта. Исключить ОКР в этих случаях помогают грубость двигательных расстройств и более сложные по структуре психические нарушения (импульсивные акты, психопатическое поведение с демонстративностью и афессивностью, копролалия, эхопраксия, эхолалия) [1].

Таким образом, обсессивно-компульсивное расстройство является тягостным состоянием для пациента, в связи с полным осознанием своего недуга. Терапия занимает не малую часть времени и труда не только врача, и пациента, но и его близких. Основной целью лечения ОКР является уменьшение выраженности симптомов, а также повышение уровня социальной адаптации и качества жизни пациентов. Современная терапия навязчивых состояний должна обязательно предусматривать психотерапевтическое и фармакотерапевтическое воздействие.

Патогенетическим подходом к терапии ОКРявляется усиление серотонинергической нейропередачи путем применения ингибиторов обратного захвата серотонина (ИОЗС). На любом этапе лечения ОКР, крайне важно сочетание меди-

каментозных методов лечения с психотерапией, которая должна проводиться с полным участием пациента. Наиболее эффективной и целенаправленной является поведенческая психотерапия. Применяются также групповая, психообразовательная (обучение пациента отвлекаться на другие стимулы, облегчающие тревогу), аверсивная, когнитивная и другие методы психотерапии.

Список литературы

1. Тиганов А. С. Руководство по психиатрии (в 2-х томах). / Под ред. – М., 1999.

2. Бобров А. Е., Гомозова А. К. Комплексное клинико-статистическое ипсихологическое изучение обсессивно-компульсивных синдромов. // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. №4.

3. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Учебник. - 2-е издание. / Под ред. М., 2009. – 832 с.

4. Ивашиненко Д. М., Ильин И.В. Шизофрения: этиопатогенез, клиника, лечение, реабилитация. Учебное пособие. / Под ред. – Тула, Медицинский институт ТулГУ, 2013. – 72 с.

5. Ивашиненко Д.М., Бурделова Е.В. Распространенность ранних дезадаптивных схем в молодежной среде// Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2019. № 2. С. 30-34.

РАССТРОЙСТВА СЕКСУАЛЬНОГО ПРЕДПОЧТЕНИЯ

Рыцарева С.И., ординатор кафедры ПиН
ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет»
Тула, РФ

Актуальность данной темы неоспорима в современном мире, так как сексуальная сфера является важной для каждого человека, а его предпочтения могут быть вариантом нормы и не причинять вред ему самому и его партнеру, но

могут нести и разрушающий характер для его психического состояния, ведь такая патология в этой сфере просто мешает жить "нормальной жизнью", заставляет зацикливаться на определенных моментах и сексуальных предпочтениях, чаще всего разрушая социальную жизнь человека, иногда приводя и к физическим травмам самого индивида и его сексуального партнера.

Так же многие люди, окружающие больного, считают, что он может просто взять и прекратить делать то, что приносит ему удовлетворение, не понимая, что в большинстве случаев это невозможно из-за особенности понимания происходящего индивидуумом, его отстранении от реальности и погружении во внутренний мир девиантных переживаний.

I. Парафилии. Парафилии (F65 по МКБ-10) – необычные или причудливые действия или образы, настойчиво и непроизвольно повторяемые, с использованием в качестве наиболее предпочтительного для сексуального удовлетворения нечеловеческого объекта, или периодически повторяющаяся активность с людьми, подразумевающая изображаемое или реальное страдание или унижение, либо сексуальные действия с партнерами без их согласия.

Индивидууму с таким нарушением свойственны периодически возникающие интенсивные сексуальные влечения и фантазии, включающие необычные предметы или поступки; в итоге индивидуум или поступает в соответствии с этими влечениями, или испытывает значительный дистресс из-за них; так же, стоит отметить, что это не единичное явления, предпочтение наблюдается минимум 6 мес.

В МКБ-10 включены следующие варианты парафильных расстройств:

1. Фетишизм (F65.0). Использование стимула для сексуального возбуждения и сексуального удовлетворения в виде неодушевленного предмета. Такие фантазии наблюдаются достаточно часто, например это может выражаться надеванием какого-либо предмета одежды на самого индивидуума, либо на его полового партнера, но как патологию его определяют тогда, когда использова-

ние или не использование данного предмета несет за собой страдания индивида и невозможность проведения самого полового акта.

2. Фетишистский трансвестизм. (F65.1). Использование предметов (чаще одежда) противоположного пола, стоит отметить, что в большинстве случаев это несколько предметов, которые позволяют ощущать себя как индивид противоположного пола, благодаря чему и достигается максимальное сексуальное возбуждение. После достижения оргазма возникает сильное желание снять одежду и другие предметы.

3. Эксгибиционизм (F65.2). Периодическая или постоянная наклонность к неожиданной демонстрации собственных половых органов незнакомым людям (обычно лицам противоположного пола) в общественных местах без предложения или намерений более близкого контакта.

Существуют несколько типов по классификации МКБ-10:

- садистический тип (F65.21), когда индивид видит ответную реакцию в виде страха или испуга
- мазохистический тип (F65.22), когда индивид получает максимальное удовольствие от агрессии в свою сторону
- неуточненный (F65.29)

4. Вуайеризм (F65.3). Это наклонность периодически или постоянно наблюдать за людьми, занимающимися сексом или другими "интимными делами", сопровождающаяся сексуальным возбуждением. При этом, нет желания вступить в связь за наблюдаемым или обнаружить себя.

5. Педофилия (F65.4). Постоянное или преобладающее сексуальное предпочтение детей, как правило, препубертатного или раннего пубертатного возраста. Отдается предпочтение определенному полу (девочки или мальчики) либо одновременно детям обоего пола.

Для постановления данного диагноза субъект должен достигать 16 летнего возраста, а объект домогательств быть младше на минимум 5 лет; стоит отметить, что половой контакт с половозрелыми особями юношеского возраста,

даже с учетом контакта между особями одного пола не является педофилией, так же как и однократное действие не свидетельствует в пользу данной наклонности.

6. Садомазохизм (F65.5). Предпочтение сексуальной активности, включающей причинение боли, унижение или установления зависимости. Если индивидуум предпочитает быть подверженным такого рода стимуляции, то является реципиентом и это мазохизм; если же он предпочитает быть ее источником - садизм. Часто человек получает сексуальное удовлетворение как от садистской, так и от мазохистской активности.

В этой сфере сексуального поведения очень тонкая грань между нормой и патологией, так как при норме такие специфические действия могут разнообразить половой акт, без вреда для обоих партнеров. При патологии же сексуальное возбуждение становится невозможным без данной садистической или мазохистической активности.

7. Множественные расстройства сексуального предпочтения (F65.6). Такой диагноз может быть поставлен при наличии нескольких нарушений сексуального поведения, без четкого преобладания одного из них. Данные расстройства достаточно редки, но при этом, крайне разнообразны в своих проявлениях:

- телефонная скатофилия (непристойные телефонные звонки)
- фроттеризм (прикосновение или трение в многолюдных местах о других людей)
- зоофилия (сексуальные действия с животными)
- аутоасфиксифилия (сдавление кровеносных сосудов для получения сексуального возбуждения)
- апотемнофилия (предпочтение в партнере с какими либо физическими недостатками)

Заключение. Девиантное сексуальное побуждение может подвергаться разным стратегиям совладания - оно может долгое время инкорпорироваться в обычное сексуальное взаимодействие, хорошо контролироваться, оставаясь в

пределах идеаторной активности, т.е простого фантазирования. Но в итоге, оно может перерасти в более опасное состояние, как для самого индивида, так и для его партнера.

Опасность заключается в изменении оценки собственных действий. Так, например, социально неуместное поведение приводит к переживанию негативных эмоций типа вины или стыда у психически здорового человека, но у пациента с расстройством сексуального предпочтения когнитивные нарушения останавливают сам процесс регуляции, в результате такое поведение перестает сопровождаться негативными эмоциями. То есть, субъект концентрируется только на положительных эмоциях в виде страсти и возбуждения, он отказывается акцентировать внимание на отрицательных последствиях в долгосрочной перспективе (судебное преследование, причинение вреда жертве).

Стоит отметить, что еще один важный пункт – нарушение эмпатических способностей, то есть, они не испытывают сочувствия к жертвам, они испытывают значительные затруднения при оценке желаний других людей.

Подытожив все вышесказанное, мне хочется отметить, что люди, окружающие такого индивида не могут адекватно оценить его состояние; они осуждают его поступки, исходя из своего представления о здоровом человеке, который намеренно совершает действия сексуального характера, чтобы навредить другому (жертве); окружающие такого пациента люди уверены, что он понимает происходящее и должен раскаиваться в своих действиях, но такого не происходит, в силу неспособности данного пациента адекватно оценить ситуацию. Это порождает все большее непонимание этой проблемы обществом, ненависть к таким людям.

Список литературы

1. Дворянчиков Н.В., Ткаченко А.А. Некоторые дизонтогенетические механизмы формирования садизма // Рос. психиатр. журн. 1998. Вып. 3. С. 4-9.

2. Ивашиненко Д.М., Бурделова Е.В. Распространенность ранних дезадаптивных схем в молодежной среде// Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2019. № 2. С. 30-34.

2. Имелинский К. Сексология и сексопатология. М. : Медицина, 1986. 424 с.

3. Короленко Ц.П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития // Обозр. психиатрии и мед. психол. 1991. № 1. С. 8-14.

4. Крафт-Эбинг Р. Половая психопатия с обращением особого внимания на извращение полового чувства. СПб., 1996. 591 с.

5. Рогачев М.Н., Радченко Н.А. Роль нарушений возрастной идентификации в генезе аномального сексуального поведения // Актуальные проблемы психиатрии, наркологии и неврологии. Москва, Хабаровск, 2000. С. 287-291.

6. Старович З. Судебная сексология. М., 1991. 336 с.

7. Ткаченко А.А. Аномальное сексуальное поведение. М., 1997. 426 с.

8. Ткаченко А.А. Сексуальные извращения - парафилии. М., 1999. 461 с.

9. Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Дворянчиков Н.В. Судебная сексология. 2-е изд., испр. и доп. М. : Бином, 2015. 648 с.

СИМПТОМ ФЕОФРАСТА

Савельева А.А., ординатор кафедры ПиН
ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет»
Тула, РФ

Актуальность встречающегося термина, на мой взгляд, набирает популярность в современном мире. Еще в далеком 323 году д.н.э. Философ Феофраст (Богоречивый) преемник Аристотеля создал труд «Этические характеры», состоящий из 30 очерков человеческих типов, который в наше время является важным атрибутом психиатрии. В своей жизни

я не раз сталкивалась с людьми, у которых поведение не соответствовало реальным возрастным границам.

Приведу некоторые наиболее яркие и запоминающиеся ситуации.

Пример №1. Преподаватель, возраст 60 лет, почетный учитель РФ, высшая квалификационная степень, семья, двое детей, трое внуков. На протяжении полутора лет ученики отмечали в поведении преподавателя некую «изюминку»: то одежда броская (короткая юбка, блузка, буквально вчера вышедшая на экраны современной моды). Постоянно посещала все дискотеки, ходила со студентами в походы, причем всячески старалась как-то замаскировать свою жизнь от семьи. Обращала внимание на молодых студентов, кокетливо очаровывая их своей уже давно не молодой внешностью.

Пример №2. Сосед возраст 63 года, примерный муж и семьянин, в браке состоял на протяжении 40 лет, но последние 5 лет жена стала замечать за мужем нестандартную манеру общения, молодежный сленг и одежда, песни под гитару, да не какое-нибудь старье, а именно новинки. Вскоре брак распался по причине того, что 63 летний молодой человек решил построить счастье с молоденькой 30-летней девушкой. Новая пассия быстро надоела юноше 63 лет, уже в возрасте 65 лет он приобрел новую любовь, причем еще моложе в возрасте 27 лет. Дальнейшее развитие любовной интриги неизвестно по причине переезда героя женских сердец в другой город.

В этих двух примерах прослеживается явно нестандартное поведение людей 55-60 лет. По сути, Симптом Феофраста – это возрастная дисгармония. На основании двух вышеописанных примеров можно выделить основные черты поведения при данном симптоме – повышенная активность, снижение самокритики, повышенный интерес к модному дому, стремление создавать пару с противоположным полом, но намного младше по возрасту. Активное поведение в плане посещения мероприятий, например ночных клубов, оживление сексуальных интересов. В манере поведения данных пациентов можно проследить акцентуацию гипертимного типа: эти люди всегда бодры, энергичны, жизнера-

достны. У них на удивление высокий жизненный тонус, мало что способно испортить их настроение, нарушить сон или аппетит. Окружающие ценят их за оптимизм, разнообразие интересов, щедрость, отзывчивость и доброту. Представители гипертимного типа не выносят одиночества, они любят быть в центре внимания, причем желательно большой компании. Как правило, патология сосудистого генеза отсутствует.

Список литературы

1.И.М. Беккер « Школа молодого психиатра», 2011 год.

2. К. Леонгард «Акцентуированные личности», 2010 год.

3. В.Д. Менделевич «Клиническая и медицинская психология», 1998 год.

4. Н.Н. Иванец, Ю.Г. Тюльпин «Психиатрия и медицинская психология», 2016 год, издание ГЭОТАР.

5. www.sbiblio.com

СУИЦИДЫ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Фролова Е.Р., ординатор кафедры ПиН
ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет»
Тула, РФ

Ключевые слова: суицид, попытка суицида, дети, подростки.

Суицид – преднамеренное самоповреждение со смертельным исходом (лишение себя жизни).

Актуальность проблемы. Суицидальное поведение остается актуальной проблемой в современном мире. Из-за тяжести медицинских, социально-психологических и экономических последствий самоубийства классифици-

руются не только как общемедицинские, но и как глобальные проблемы человечества. По данным ВОЗ, около 800 000 человек умирают каждый год. Среди подростков в возрасте 15–19 лет самоубийства являются второй по значимости причиной смерти среди девочек и третьей по значимости причиной смерти среди мальчиков. Самоубийства и попытки самоубийства имеют волновой эффект, который затрагивает всех окружающих суицидента людей.

Выделяются следующие типы суицидального поведения:

- демонстративное поведение. Это стремление подростка обратить на себя и свои проблемы внимание, дать понять, что ему трудно справляться с жизненными ситуациями. Обычно, демонстративные суицидальные действия совершаются не с целью причинить себе реальный вред или лишить себя жизни, а чтобы напугать окружающих, заставить их задуматься над проблемами подростка.

- аффективное суицидальное поведение. Это действия, совершенные под влиянием ярких эмоций. В таких случаях подросток действует импульсивно, не имея четкого плана. При этом такие сильные негативные эмоции, как злость, обида, затмевают собой настоящее восприятие действительности.

- истинное суицидальное поведение. Характеризуется продуманным планом действий. При таком типе подростки часто оставляют записки родственникам и друзьям, где они прощаются и объясняют причины своего поступка. Поскольку действия являются продуманными, такие суицидальные попытки чаще заканчиваются смертью.

Самоубийства не происходят импульсивно, внезапно или непредсказуемо. Они – последняя капля в адаптации, которая постепенно ухудшается. Из тех, кто намеревается совершить самоубийство, до 80% так или иначе раскрывают свои намерения. Иногда это тонкие намеки, однако чаще угрозы легко узнаваемы.

Существует опасное различие в понимании самоубийства между подростками и взрослыми. Подростки неадекватно воспринимают связь между

жизнью и смертью. Многие подростки с суицидальными стремлениями в разной степени имеют желание жить и не умирать. Подростки с суицидальными намерениями часто сообщают, что если бы они случайно умерли, это было бы для них облегчением, и они не собираются предпринимать какие-либо активные действия.

При изучении причин самоубийства детей и подростков следует отметить, что суицидальные попытки и намерения часто возникают у учащихся в ответ на регулярное словесное унижение, когда члены семьи игнорируют их мнение, когда их независимость нарушается, в ответ на конфликтные ситуации, при употреблении алкоголя или наркотиков.

Дети-суициденты чаще лишены родительского внимания и заботы, в 75 % их родители в разводе или проживают отдельно, часто дети проживают с приемными родителями либо в интернатах.

Подростки крайне нестабильны в своей самооценке, постоянно ставят под сомнение свои знания и навыки, подвержены частым изменениям настроения, беспокойству, у них легко возникают страхи.

Не последнюю роль играют возрастные характеристики: импульсивность, темперамент, эмоциональная нестабильность, растерянность в конфликтных ситуациях. Самоубийство часто связано с неспособностью подростков преодолевать сильные отрицательные эмоции. Эмоциональная сфера еще недостаточно сформирована, чтобы справиться с этим.

В Тульской области за период с января по сентябрь 2018 г. среди детей и подростков от 0 до 17 лет произошло 17 попыток самоубийства, завершённых суицидов – 3. За аналогичный период 2019 г. среди детей и подростков 0-17 лет – 23 попытки, погиб 1 человек.

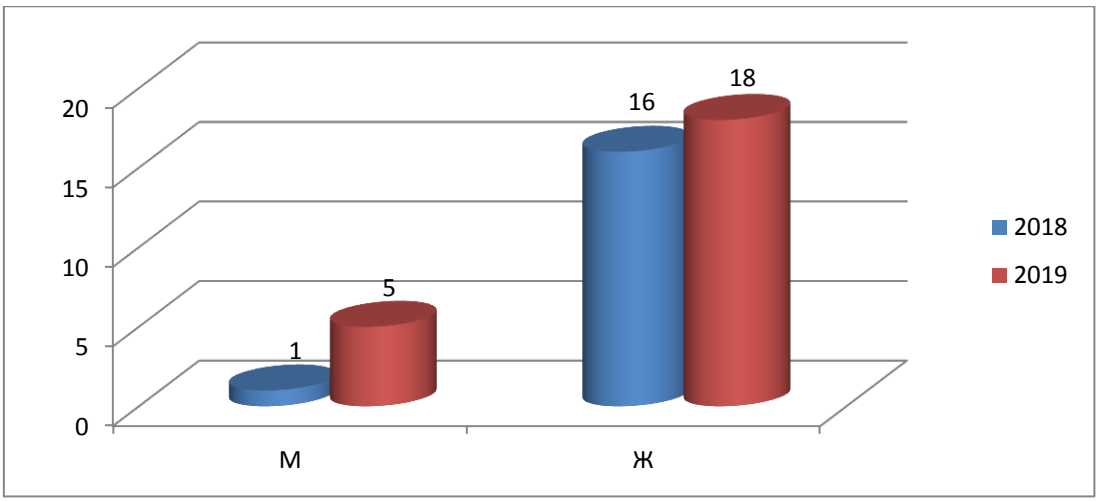


Рис.1 Суицидальные попытки среди детей и подростков 0-17 лет.

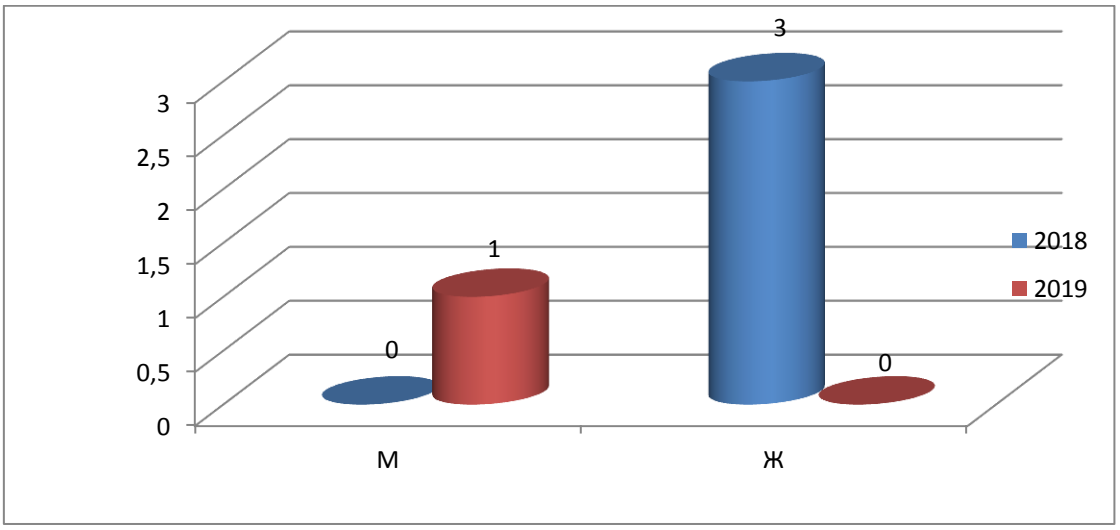


Рис.2 Суициды среди детей и подростков 0-17 лет.

Из рисунков видно, что попыток самоубийств больше у лиц женского пола, что подтверждает мнение, что женщины чаще совершают суицидальные попытки. Однако, как правило, завершенные суициды чаще приходятся на лиц мужского пола.

Жизненные установки и психологические особенности подростков, предотвращающие суицидальные тенденции, включают в себя:

- эмоциональная привязанность к родственникам, родным;

- чувство долга, ответственность;

- концентрация на собственном здоровье, страх причинения себе физического вреда;

- важность общественного мнения и избегание осуждения другими;

- уверенность в существовании неиспользованных жизненных возможностей;

- наличие жизненных, творческих, семейных планов, целей;

- наличие ментальных, моральных и эстетических критериев в мышлении;

- психологическая гибкость и адаптивность, способность компенсировать негативный личный опыт, использовать методы для снижения психического стресса;

- религиозность и уровень страха перед грехом самоубийства.

Чем больше жизнеутверждающих факторов есть у подростка, тем сильнее его внутренняя самооценка и тем сильнее подавление желания самоубийства.

Лечение и профилактика самоубийств должны включать психиатрические, психотерапевтические и социальные меры. Это связано с тем, что большинство подростков, совершивших самоубийство, можно убедить отказаться от своих намерений. Основная цель - понять вместе с пациентом, почему он хочет умереть, как сделать жизнь более ценной для него, найти то, что поможет ему не рассматривать самоубийство как единственный выход.

Список литературы

1. Ефремов В.С. Основы суицидологии// СПб.: «Издательство «Диалект». - 2004. - 480 с.

2. Ивашиненко Д.М., Дандыкина Т.В., Бурделова Е.В. Портрет суицидента (по данным Тульской области за 2014-2015 гг.) // Сборник научных статей. Санкт-петербург. – 2016.

3. Исаев Д.С., Шерстнев К.В. Психология суицидального поведения // Методические рекомендации. – Самара, - 2000., - 72 с.

4. Вашукова Е.Ю., Ефимова Е.В., Ивашиненко Л.В. К вопросу о соотношении понятий "аутоагрессия" и "аутодеструкция"// Психические и нарколо-

гические расстройства: социальная стигма и дискриминация: есть ли выход? Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. ФГБОУ ВО "Тульский государственный университет", ГУЗ "ТОКПБ №1 им. Н.П. Каменева"; под. ред. Д.М. Ивашиненко. 2015. С. 29-33.

ЛИЧНОСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ. АЛКОГОЛЬНАЯ ДЕГРАДАЦИЯ ЛИЧНОСТИ

Якимов А.А., ординатор кафедры ПиН
ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет»
Тула, РФ

Аннотация. Алкоголизм является глобальной социальной проблемой, которая серьёзно ухудшает социально-экономическую жизнь и стабильность общества в целом и снижает уровень жизни из-за высокой заболеваемости, смертности, преступности, связанных с употреблением спиртных изделий. В современных масштабах особенно актуально развитие психических нарушений у населения, особенно – алкогольной деградации личности, так как наблюдается тенденция к очень позднему обращению больных за наркологической и психиатрической помощью.

Ключевые слова: деградация, хроническая алкогольная интоксикация, нейрометаболические нарушения, алкоголизм, психопатизация, аффективные расстройства.

Злоупотребление алкоголем – одна из важнейших медико-социальных проблем не только в нашей стране, но и во всем мире. Алкоголь считается третьим по степени значимости фактором риска преждевременной смертности, инвалидности и потерь здоровья. По данным М.В. Маркиной злоупотребление

спиртными напитками признано одной из основных причин психоневрологических расстройств, в работах В.О. Генералова с соавт. (2009), М. Леоне с соав. (2012) – эпилепсии. Широко изучено возникновение из-за алкоголя некоторых неинфекционных заболеваний, таких как ИБС, цирроз печени. [1]. В России как издревле, так и в настоящее время, наблюдается повышенное производство и употребление алкоголя и алкогольных напитков, свооебразное общественное отношение ктрезвенности и пьянству, интенсификация современной жизни и вытекающие из этого стрессорные факторы, вызывающие всё чаще встречающиеся депрессивные и тревожные расстройства. Однако, не стоит забывать, что индивидуальные личностные и психологические преморбидные характеристики также влияют на время появления и течение алкоголизма [2, 7, 8, 9].

Статистика показывает, что наблюдается рост заболевания алкоголизмом по всему миру. В России, по данным НИИ Росстата на 2011год, насчитывается 12 миллионов злоупотребляющих алкоголем. Среди подростков количество больных алкоголизмом на 2011 год достигло 20,7 % на каждые 100 тысяч населения; за конец 2000-х годов среди детей школьного возраста употребление слабоалкогольных напитков увеличилось в 2,5 раза. Можно выявить особый вид девиантной семьи в России – алкогольной семьи [2].

Прежде чем рассматривать основные признаки изменения личности и больных алкоголизмом, не лишним было бы вкратце ознакомиться с основными причинами и механизмами возникновения данных симптомов. В данной статье мы будем рассматривать преимущественное хроническое действие этанола и продуктов его превращения на организм, и вследствие этого, возникновение различных психических расстройств. Нервная система поражается в результате появления нейрометаболических расстройств. Механизм появления этих нарушений представлен следующими элементами:

— пищевой (нарушается как попадание пищи в организм, так и её обработка и встраивание в обмен веществ);

— нехватка веществ, необходимых для полноценной работы как центральных, так и периферических нервных структур;

— глутаматергический фактор (эксайтотоксические эффекты);

— ГАМКергический фактор (понижение ГАМК в терминалях аксонов);

— непосредственное токсическое действие этанола и продуктов его метаболизма (речь идёт в основном об этаноле);

— повреждение гепатоцитов как в органическом, так и функциональном планах;

— свободнорадикальное окисление (в частности ПОЛ);

— дисбаланс в работе эпинефрина и норэпинефрина;

— вызывание апоптоза [4].

Если рассматривать длительное экзогенное действие алкоголя на организм, от наиболее распространённый формой можно считать хроническую алкогольную интоксикацию. Алкогольная болезнь это не только совокупность симптомов, затрагивающих нервную ткань и высшую нервную деятельность, но и генерализованное поражение всех клеток организма. С самого начала и по мере нарастания ухудшения симптоматики алкоголизма разрушаются такие виды высшей нервной деятельности, как динамический праксис, слуховой гнозис, зрительная память, вербально-логическое мышление, слухо-речевая память, счет, конструктивный праксис, экспрессивная речь. [3].

Особенности и характерные черты личности с алкоголизмом:

- враждебность, негативная концепция собственной личности, низкий уровень готовности к стрессовым ситуациям;

- гипервозбудимость, выраженная ипохондрия в сочетании с танатофобией;

- склонность к агрессии;

- неспособность себя контролировать;

- патологическая лживость;

- склонность к развитию «сверх-Я» под влиянием психотерапевтического лечения. [2, 3, 4]

Многие исследователи выявляют сочетание алкоголизма и панических расстройств. Так, среди больных алкоголизмом частота встречаемости панических расстройств составляет 2—27% (и даже до 40%) случаев.

Повышенная тревожность у пациентов, страдающих алкоголизмом, встречается от 3 до 65%.

Наиболее часто среди данного контингента больных встречаются социофобии и панические атаки.

Частота депрессии у лиц, страдающих алкоголизмом, составляет от 24 до 70% [3].

Классически алкогольная деградация является последней стадией алкоголизма, хотя отдельные черты начинают проявляться уже в начале патологии и со временем могут нивелироваться. [Bleuler E., 1912] Ухудшение нравственно–этических черт носит специфичный для алкоголизма характер: больные становятся беспечными, равнодушными к собственной судьбе, забывают о совести и долге, утрачивают интересы, приобретают эгоизм, паразитируют на чувствах и материальном положении родных и близких и др.

При алкогольной деградации также нередко интеллектуальное снижение. Оно возникает сравнительно поздно и основано на неблагоприятном действии этанола на мозг. Причиной снижения интеллекта, возможно, стоит рассматривать не столько прямое повреждающее действие алкоголя, сколько и его опосредованное действие – деструкция печени и развитие энцефалопатии. Снижение способности к абстрактному мышления, когнитивных способностей и мнемонических свойств по некоторым данным можно обнаружить у 45-70% больных. На отдаленных этапах болезни развивается слабоумие, которому на ранних стадиях заболевания предшествуют неврозоподобные и психопатоподобные расстройства [5].

Неврозоподобные расстройства у больных алкоголизмом, в отличие от истинно невротических, характеризуются выступанием на первый план астенического синдрома, не столь выраженной эмоциональной окраской, меньшем зацикливанием на них, распространённостью; больные борются с большим количеством тягостных вегетативных ощущений при помощи алкоголя. Наблюдаются нарушения сна, утомляемость, рассеянность, обсессии к алкоголю наряду с дисфорией, больные перестают стремиться узнать что-то новое и увлекаться былыми хобби, нарастают пассивность, чёрствость и пренебрежительное отношение к работе, отдаление от членов семьи и близких друзей. Однако социально-трудовые навыки частично сохранены, что основано на пока ещё существующие рефлекторные связи в коре головного мозга, связанные с работой.

Психопатоподобные нарушения могут появиться в начале алкоголизации индивида, когда черты, которые ранее лишь отдалённо обозначали акцентуарии, начинают выступать на первый план. Данная формирующаяся психопатизация различается от настоящих психопатий развитием как интеллектуального, так и личностного снижения.

Чаще всего у больных формируются черты неустойчивой, эксплозивной и истерической психопатии, реже встречаются психопатические личности шизоидного, эпилептоидного и астенического типа.

У большинства резко выраженные черты психопатии выявляются не столь из-за хронической алкогольной интоксикации, сколь на фоне уже существующих преморбидных изменений (примитивизм, психопатические черты), которые в ходе алкогольной болезни гипертрофируются и принимают почти гротескный характер [6].

По данным В. М. Блейхера и И. В. Крукау больных алкоголизмом существуют следующие типы расстройств личности:.

I – преобладающе интровертированный (неврозоподобный) тип, характеризующийся высокой ажитированностью, глубокой интровертированностью, склонностью к самообвинению в составе часто возникающих депрессий.

II – экстровертированный (психопатоподобный) тип проявляется выраженной экстравертированностью, ярко выраженной тревожностью, рационализаторностью как средством психологической защиты.

III – анозогнозический в сочетании с экстравертированностью, характеризуется несильной экстраверсией, беспечностью в отношении текущего времени и дальнейших планов, ненормальностью самооценки, часто наблюдается самооправдание как часть защиты.

IV – апатически-интровертированный тип выражается тяжёлыми изменениями личностных черт и характеризуется отсутствием интересов к происходящим событиям, пустой интровертированностью, утратой контактов с социумом, замыканием в себе, бесплодным самокопанием. [2, 4]

Выводы. Актуальность проблемы пьянства и алкоголизма в России на современном этапе возросла, а попытки ее решения остаются неудовлетворительными. В разрешении данной проблемы должны быть с возросшей силой задействованы все социально-общественные сферы. Особое внимание следует уделять профилактическим мерам и санитарно-просветительской работе, особенно среди молодёжи, так как наблюдается возрастание числа встречаемости злоупотребления алкоголем и алкоголизма среди молодых групп населения.

Список литературы

1. Потребление алкоголя как фактор риска здоровью населения: обзор российских исследований / Н.А. Лебедева-Несевря,,И.Г. Жданова-Заплесвичко, В.И. Рерке, А.О. Барг // Анализ риска здоровью. – 2017. – №4. – С. 147–160. DOI: 10.21668/health.risk/2017.4.15

2. Гурылева Л.В., Нагорнова А.Ю., Переведенцева Л.А., Резниченко О.С., Шилова И.С. Индивидуально-психологические особенности личности как фактор возникновения алкогольной зависимости // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 6.;

3. Алкогольная болезнь и коморбидные церебральные расстройства (обзор литературы)/И. А. Никифоров, И. И. Никифоров, П. В. Аронов// Профилактическая медицина. – 2015 - №18(3): 47-54

4. Brooks PJ. Brain atrophy and neuronal loss in alcoholism: a role of DNA damage. NeurochemInt. 2000;37:403-425.

5. Иванец Н.Н., Наркология / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 944 с.

6. Руководство по психиатрии: в 2-х т. Т. 2 / А.С. Тиганов, А.В. Снежевский, Д.Д. Орловская и др.; Под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – 784 с.

7. Ивашиненко Л.В., Бурделова Е.В., Гусев Д.Д. Дезадаптивные схемы поведения как фактор риска наркозависимости// Вопросы наркологии. 2018. № 12 (171). С. 48-54

8. Ивашиненко Д.М., Ивашиненко Л.В., Бурделова Е.В., Шипунов А.М. Мониторинг зависимого поведения среди учащихся первого курса ТулГУ// Научно-практическая конференция, посвящённая Дню психического здоровья Материалы конференции. Под редакцией Д.М. Ивашиненко. 2017. С. 65-67.

9. Ивашиненко Д.М., Бурделова Е.В., Ивашиненко Л.В. Агрессивное и аддиктивное поведение в студенческой среде// Вопросы наркологии. 2017. № 8 (156). С. 111-112.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА И СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ

Ястребова Л.Г., ординатор кафедры ПиН
ФГБОУ ВПО «Тульский государственный университет»
Тула, РФ

Аннотация. В статье приводится литературный обзор дифференциальной диагностики болезни Альцгеймера и сосудистой деменции. Точная диагностика заболеваний имеет большое значение для распознавания лежащей в ее основе патофизиологии и назначения соответствующей терапии. Дифференциальная диагностика также важна для определения частоты и распространенности сосудистой деменции и болезни Альцгеймера [11].

Ключевые слова: сосудистая деменция, болезнь Альцгеймера, диагностические критерии, методы нейровизуализации.

Дифференциальная диагностика данных заболевания является актуальной проблемой для врачей, так как болезнь Альцгеймера (БА) является наиболее распространенной формой деменции, встречающейся среди человеческой популяции во всем мире (на нее приходится от 50 % до 70% всех случаев деменции) [4, 8]. В то же время сосудистая деменция (СД) составляет примерно 20% всех случаев и является второй наиболее распространенной причиной деменции [11].Эти два заболевания имеют симптомы, которые пересекаются, но есть также некоторые четкие различия между ними [1].Сосудистая деменция может быть вызвана множественными тромбоэмболическими поражениями, лакунарными инфарктами, хроническими изменениями мозгового кровообращения и внутримозговыми геморрагическими поражениями[6]. Классическая клиническая картина при сосудистой деменции характеризуется резким началом [12].Чаще всего когнитивные способности внезапно снижаются вскоре по-

сле перенесенного инсульта или транзиторной ишемической атаки, а затем остаются стабильными в течение некоторого времени. Эти изменения часто описываются как ступенчатые, так как между ними функционирование мозга может оставаться стабильным [7]. Фоновым состоянием данного заболевания так же могут являться повреждения мелких сосудов, формирующееся на фоне длительной артериальной гипертензии или амилоидной ангиопатии [6].Общие ранние признаки поражения мелких сосудов включают нарушение планирования и суждения, неконтролируемый смех и плач, снижение концентрации внимания [11]. Когнитивным нарушениям для подкорковой деменции часто сопутствуют апатия, депрессия, а также неврологические нарушения, такие как псевдобульбарный синдром, нейрогенные расстройства мочеиспускания [3].При болезни Альцгеймера головной мозг поражается неоднородно. Для заболевания характерна кортикальная атрофия, которая в основном влияет на формирование гиппокампа и ассоциативные области коры. Такое распределение патологического процесса в сочетании с относительным сохранением первичной коры позволяет клинической картине БА характеризоваться когнитивными и поведенческими изменениями, с сохранением двигательного функционирования до более поздних стадий заболевания [2]. Когнитивные способности человека постепенно снижается с течением времени. Обычно не происходит внезапных, значительных изменений от одного дня к другому [9]. У больных начинаются проблемы с запоминанием имен и информации, не помнят, где они оставили личные вещи. На этом начальном этапе эти трудности постепенно переходят в нарушения других когнитивных функций, таких как вычисление, способность к суждению и абстрактному мышлению. В дальнейшем присоединяются речевые нарушения по типу амнестической или сенсорной афазии, развивается апрактоагностический синдром [5].

Нейропсихологическая оценка позволяет выявлять и количественно оценивать когнитивные изменения и отслеживать их. Эти тесты помогают достичь правильного дифференциального диагноза. Примером таких тестов является

«Краткая шкала оценки психического статуса» (MMSE) [5]. Шкала Хачинского может быть использована для дополнения диагноза. Баллы больше или равны семи указывают на более высокую вероятность сосудистой деменции, в то время как баллы меньше пяти указывают на болезнь Альцгеймера. Шкала позволяет проводить быструю диагностику основных форм деменции. Также служить в качестве скрининга может тест рисования часов [2].

В настоящее время наиболее распространенными биомаркерами, которые оцениваются в спинномозговой жидкости (ЦСЖ) для диагностики БА являются бета-амилоидный белок, тау-протеин. Эти биомаркеры имеют чувствительность более 95% и специфичность больше 85% [9]. Среди многочисленных функций тау-протеина в здоровых клетках мозга очень важной является стабилизация внутренних микротрубочек, которые клетки используют для распределения питательных веществ от одного нейрона к другому [5].При болезни Альцгеймера к молекулам белка присоединяются фосфатные группы, полученное соединение становится нерастворимым и образовавшиеся клубки начинают повреждать нейроны. Накопление нейрофибриллярных клубков продолжается на протяжении всего течения заболевания. Таким образом, тау-протеин отражает дегенерацию аксонов в пределах коры, так как когда аксоны разрушены он высвобождается в спинномозговой жидкости. Данный показатель является критерием для постановки диагноза, даже если симптоматически болезнь еще не проявилась [9].Среди генетических факторов увеличивающих риск развития БА является наличие изоформы аполипопротеина Е (АроЕ4) ,ответственного за транспорт фосфолипидов и холестерина. АроЕ4 связан со многими нарушениями характерными для этого заболевания: способствует развитию нейродегенеративных процессов, ускоряя образования амилоидных бляшек, а так же связываясь с бета-амилоидом приводит к образованию олигомерных амилоидных фибрилл, оказывающих токсическое действие на нейроны [6]. Люди с одним или двумя генами АроЕ4 могут иметь повышенный риск развития болезни Альцгеймера по сравнению с теми, у кого нет генов АроЕ4 [8].

О наличии сосудистой деменции могут свидетельствовать следующие биомаркеры: увеличение значений альбумин цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) / плазма (из-за поражения мелких внутримозговых сосудов происходит нарушение проницаемости гематоэнцефалического барьера); увеличение сульфатидов в ЦСЖ; увеличение нейрофиламента в ЦСЖ при нориальных значениях тау-протеина [6].

Наряду с лабораторными исследованиями, в настоящее время используют различные виды нейровизуализации, такие как магнитно-резонансная томография (МРТ) и компьютерная томография (КТ) [3].Атрофия гиппокампа лучше всего видна на МРТ. Диагноз болезнь Альцгеймера может быть поставлен на основании двух признаков: атрофия мезиальной височной доли (особенно гиппокампа и энторинальной коры), височно-теменная кортикальная атрофия. Особенно важно для задней кортикальной атрофии или раннего начала болезни Альцгеймера, является наличие теменной атрофии. Это часто лучше всего видно на межполушарной поверхности теменной доли [12]. Измерения объема мозга, оцениваемые с помощью сегментации, показывают, что пациенты с болезнью Альцгеймера имеют ускоренные темпы потери объема мозга, как правило, примерно в два раза выше нормы [11]. При сосудистой деменции на МРТ выявляется лейкоареоз (снижение плотности мозгового вещества), кисты, а так же очаговые изменения серого или белого вещества, что свидетельствует об инфарктах мозга [1]. Для оценки регионального мозгового кровотока может быть использована однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОФЭКТ). При болезни Альцгеймера определяется гипоперфузия в теменно-височной области, а при сосудистой деменции – многочисленные асимметричные очаги гипоперфузии. Данные позитронной эмиссионной томографии выявляют снижение уровня метаболизма глюкозы в ассоциативной коре височных, теменных и затылочных долей. При сосудистой деменции выявляются множественные небольшие ишемические очаги [2].

Таким образом, учитывая распространенность болезни Альцгеймера и сосудистой деменции необходимо дальнейшее совершенствование методов ранней диагностики заболеваний.

Список литературы

1. Дамулин И.В. Сосудистая деменция // Российский медицинский журнал. 2007. № 28. С. 2118 –2120.
2. ДудукС. Л. К вопросу о диагностике болезни Альцгеймера // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2009. № 1.С. 14 – 17.
3. Жариков Г.А., Рощина И.Ф. Диагностика деменции альцгеймеровского типа на ранних этапах ее развития // Психиатрия и психофармакотерапия. 2001. №1. С.23-27.
4. Ластовецкий А.Г., Бабин С.М., Васильева А.В., Ивашиненко Д.М. Особенности амбулаторной и стационарной психотерапии пациентов с непсихотическими психическими расстройствами// Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2019. № 6. С. 36-41
5. Успенская О.В., Чердак М.А. Сосудистая деменция // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2010.№ 1. С.30 – 36.
6. Крынский С. А., Малашенкова И.К. Полиморфизм гена Apoe: Влияние аллеля Apoe4 на системное воспаление и его роль в патогенезе болезни Альцгеймера // Медицинская иммунология.2018.№3.С. 303–31
7. Armstrong R. What causes Alzheimer's disease? // Folia Neuropathologica .2013. № 3.P.169–188.
8. Ferri C. P., M. PrinceM. C. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study // The Lancet. 2005. № 9503. P. 2122 – 2117
9. Gainott G.,Hort J.EFNS guidelines for the diagnosis and management of Alzheimers disease // European Journal of Neurology.2010. № 17. P. 1236–1248.

10. Grela A., Rachel W. Biomarkers of Alzheimer disease //PrzeglądLekarski. 2014. № 2. P. 98–100.

11. Kalaria R. N. , G. E. Maestre G. E. Alzheimer's disease and vascular dementia in developing countries: prevalence, management, and risk factors // The Lancet Neurology. 2008. № 9. P. 812 – 826.

12. Pimentel M.L. Role of neuropsychological assessment in the differential diagnosis of Alzheimer’s disease and vascular dementia // Dementia &Neuropsychologia. 2009. № 3. P. 214 – 222.

Научное издание

Научно-практическая конференция
«Актуальные вопросы психиатрии и психотерапии»

14-15 октября 2019 г.

Материалы конференции

Авторское редактирование

Подписано в печать 23.10.2019.
Формат бумаги 70х100 $^{1}/_{16}$. Бумага офсетная.
Усл. печ. л. 12,2.
Тираж 100 экз. Заказ 135.
Тульский государственный университет
300012, г. Тула, просп. Ленина, 92
Отпечатано в Издательстве ТулГУ
300012, г. Тула, просп. Ленина, 95