Министерство здравоохранения Российской Федерации
Министерство здравоохранения Кировской области
Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева
Кировское областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центр психиатрии и психического здоровья им. академика В.М. Бехтерева»
Кировский государственный медицинский университет

Биопсихосоциальный подход В.М. Бехтерева в современной психиатрии: вехи становления, перспективы развития

Тезисы всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 100-летнему юбилею Кировской областной клинической психиатрической больницы им. академика В.М. Бехтерева, 24 сентября 2021 года, Киров

Киров
2021

УДК: 616.89-008/159.0.01

Биопсихосоциальный подход В.М. Бехтерева в современной психиатрии: вехи становления, перспективы развития: тезисы всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 100-летнему юбилею Кировской областной клинической психиатрической больницы им. академика В.М. Бехтерева, 24 сентября 2021 года, Киров / Под ред. Н.В. Семеновой – Киров: Изд-во ООО «ВЕСИ» – Киров, 2021. – 224 с. с илл.

ISBN 978-5-4338-0471-5

Научный редактор: Семенова Н.В.

Конференция посвящена 100-летию Кировской областной клинической психиатрической больницы им. академика В.М. Бехтерева, которая в юбилейном году сменила название и стала Кировским областным государственным клиническим бюджетным учреждением здравоохранения «Центр психиатрии и психического здоровья им. академика В.М. Бехтерева». Изменения связаны с переходом учреждения к современной концепции развития психиатрической помощи населению и произошли при поддержке Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева и Министерства здравоохранения Кировской области.

В.М. Бехтерев внес неоценимый вклад в зарождение уникальной научной школы, основывающейся на идее гармоничного сочетания биомедицинской модели с социальным и психологическим доменами. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Биопсихосоциальный подход В.М. Бехтерева в современной психиатрии: вехи становления, перспективы развития» послужила своего рода площадкой, на которой специалисты обсуждали наиболее насущные проблемы применения биопсихосоциальной модели в психиатрии, а также совместно искали пути их решения.

Программа конференции включает обсуждение наиболее актуальных проблем организации психиатрической помощи, диагностики и терапии психических расстройств. В особом фокусе внимания оказались психиатрическая помощь детям и подросткам, психотерапевтическая и сексологическая помощь.

В сборник материалов конференции вошли работы ведущих российских и зарубежных специалистов в области охраны психического здоровья.

Сборник предназначен для врачей-психиатров, наркологов, психотерапевтов, сексологов, организаторов здравоохранения, клинических психологов, студентов медицинских вузов, ординаторов и аспирантов, а также широкому кругу специалистов, интересующихся вопросами психического здоровья.

ISBN 978-5-4338-0471-5

© ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, 2021.

© КОГБУЗ «Центр психиатрии и психического здоровья им. академика В.М. Бехтерева», 2021.

Оглавление

ПРЕДИСЛОВИЕ 9

ВЯТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ – ОТ ПРИЗРЕНИЯ К ЛЕЧЕНИЮ
Ершова К.А. 12

КОРРЕЛЯЦИЯ ЭЭГ-МРТ-ПАТТЕРНОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОРГАНИЧЕСКИМИ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА
Агейкин А.В., Тычков А.Ю, Алимурадов А.К., Калистратов В.Б., Мельников В.Л., Мельников Л.В., Голикова О.А. 35

ВЫЯВЛЕНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ЭЭГ-ПАТТЕРНОВ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
Агейкин А.В., Тычков А.Ю, Алимурадов А.К., Калистратов В.Б., Мельников В.Л., Мельников Л.В., Голикова О.А. 37

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ МАГИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ И ЕГО СВЯЗИ С ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАЩИТАМИ В НОРМЕ И ПРИ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
Байрамова Э.Э, Ениколопов С.Н. 40

ПРИМЕНЕНИЕ ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ «ЭКВАТОР» НА ОСНОВЕ БИОЛОГИЧЕСКИ-ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА НА БАЗЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ
Баранова О.В. 45

ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ СЛУЖБА КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ
Бочарова И.А., Злоказова М.В. 49

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ДЕТСКОМ ДНЕВНОМ ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ, РАСПОЛОЖЕННОМ НА БАЗЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ
Бочарова И.А., Злоказова М.В. 52

РАЗВИТИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В ДЕТСКОМ ДНЕВНОМ ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ, ФУНКЦИОНИРУЮЩЕМ НА БАЗЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ
Бочарова И.А., Злоказова М.В. 57

ПРИМЕНЕНИЕ АРТ-ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО

СТАЦИОНАРА
Бояринцев С.А. 61

ПСИХОТЕРАПИЯ В ГРУППЕ НА ЭТАПЕ МОТИВАЦИИ НЕВРОТИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА
Бояринцев С.А., Юферева Т.Л. 64

ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ С ДНЕВНЫМ СТАЦИОНАРОМ (ЦЕНТР ПСИХОТЕРАПИИ И СЕКСОЛОГИИ)
Булатова Т.В. 68

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АНТРОПОЛОГИЯ - НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ
Воскресенский Б.А. 71

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ – ПРОФИЛАКТИКА ПРАВОНАРУШЕНИЙ СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ
Вострых Д.В., Зорохович И.И, Кирина Ю.Ю., Лопатин А.А., Люлина И.Л., Никитин П.И. 75

АНАЛИЗ МОНИТОРИНГА СМЕРТНОСТИ, СВЯЗАННОЙ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И СПИРТОСОДЕРЖАЩЕЙ ПРОДУКЦИИ, В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2020 ГОДУ
Вострых Д.В., Зорохович И.И., Лопатин А.А., Самсонова Г.М., Селедцов А.М. 80

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСПО-ТЕРАПИИ
Гаврилов В.В., Садкова Ю.С. 83

ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ И ТЕСТИРОВАНИЕ ТИПА МЕТАБОЛИЗМА ПСИХОТРОПНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ
Голубева Т.С., Докукина Т.В., Объедков В.Г., Гилеп А.А., Гайдукевич И.В., Башко Н.П., Бокуть О.С., Мороз А.В., Григорьева И.В., Гамова А.В., Тарасевич А.Б. 87

СОЗДАНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СРЕДЫ В МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ОТДЕЛЕНИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ, ДЛИТЕЛЬНО НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ
Гусева Н.В. 92

АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ, СОПРЯЖЕННЫХ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ, У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА
Давидовский С.В., Игумнов С.А., Соболев Н.А. 97

СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННЫЕ ДЕПРЕССИИ НАСЕЛЕНИЯ СОВРЕМЕННОГО ДОНБАССА
Евтушенко Е.И., Титиевский С.В., Токарева А.С., Панченко Д.Р. 98

ВОЗРАСТ ДЕБЮТА И ЧАСТОТА ПОВТОРНЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, УПОТРЕБЛЯВШИХ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА
Задорожная О.В., Кушнерев И.С. 102

РЕЗИЛЕНТНОСТЬ К СУИЦИДАЛЬНОСТИ У ЖЕНЩИН С НЕСУИЦИДАЛЬНЫМ САМОПОВРЕЖДАЮЩИМ ПОВЕДЕНИЕМ
Зинчук М. С., Кустов Г. В., Попова С. Б., Войнова Н. И., Позэ И.Б., Галкина И. В., Акжигитов Р.Г., Аведисова А.С. 105

ОПЫТ ПРАКТИЧЕСКОЙ РЕАЛИЗАЦИИ МОДЕЛИ МОНИТОРИРОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ, ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ И МЕДИКО-ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ГОРОДЕ КИРОВЕ
Злоказова М.В., Семакина Н.В., Набатов И.Ф. 109

КАФЕДРЕ ПСИХИАТРИИ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.И. БАГАЕВА КИРОВСКОГО ГМУ - 30 ЛЕТ
Злоказова М.В., Семакина Н.В., Рябов В.М. 114

ПРИМЕНЕНИЕ ПЕСОЧНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ У ДОШКОЛЬНИКОВ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ
Злоказова М.В., Шабалина Ю.В. 119

ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ФОРМИРОВАНИЮ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПЕНСИОНЕРОВ–КОМБАТАНТОВ ОВД
Ичитовкина Е.Г., Злоказова М.В., Рассоха А.А. 121

СПЕЦИФИКА РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА В ОТДЕЛЕНИИ ДЕТСКОГО ДНЕВНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА НА БАЗЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ
Костылева Н.В. 123

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Ломакина Г.В., Косенко В.Г., Косенко Н.А., Шулькин Л.М. 128

ТЕРАПИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ И СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ У ШКОЛЬНИКОВ В ДЕТСКОМ ДНЕВНОМ ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ НА БАЗЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ
Маринчева Л.П., Злоказова М.В. 133

ОЦЕНКА ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ
Меднова И.А., Корнетова Е.Г., Герасимова В.И., Бурдовицина Т.Г., Корнетов А.Н. 137

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ И ТЕЧЕНИЕ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА
Мелёхин А.И. 140

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С БЕССИМПТОМНЫМИ И ЛЕГКИМИ ФОРМАМИ COVID-19, НАХОДИВШИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ В УСЛОВИЯХ ИНФЕКЦИОННОГО ГОСПИТАЛЯ, РАЗВЕРНУТОГО НА БАЗЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ
Набатов И.Ф., Садкова Ю.С., Петрова Т.Б., Злоказова М.В. 147

ОТ РЕФЛЕКСОЛОГИИ В.М. БЕХТЕРЕВА К СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭТОЛОГИИ: КРИЗИС ИЛИ НЕДООЦЕНКА
Носачев Г.Н., Акопов Г.В., Носачев И.Г. 150

ЗНАЧЕНИЕ ИДЕЙ В.М. БЕХТЕРЕВА ДЛЯ ТЕОРИИ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ
Носачев Г.Н., Дубицкая Е.А., Носачев И.Г. 154

ВКЛАД В.М. БЕХТЕРЕВА В СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЗНАНИЯ, В ПСИХИАТРИЮ И ОБЩУЮ МЕДИЦИНУ
Носачев Г.Н., Дубицкая Е.А., Носачев И.Г. 159

СЕНСОРНАЯ КОМНАТА И ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ
Перминова Л.Ю. 163

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ, У ВРАЧЕЙ, РАБОТАЮЩИХ В ИНФЕКЦИОННОМ ГОСПИТАЛЕ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С COVID -19
Петрова Т.Б., Садкова Ю.С., Злоказова М.В., Семакина Н.В., Шубин А.С... 168

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДЕ КИРОВЕ И ОБЛАСТИ
Петухов Ю.Л., Кузнецов С.Ф., Злоказова М.В. 170

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СКАЗКОТЕРАПИИ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ ДОШКОЛЬНОГО И ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ИМЕЮЩИМИ ПОГРАНИЧНУЮ ПСИХИЧЕСКУЮ ПАТОЛОГИЮ
Пинегина С.В. 175

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СЛУЖЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ (В СВЯЗИ С ЗАДАЧАМИ ПСИХОГИГИЕНЫ)
Позднышев М.А., Посанчуков Т.В., Габрильянц М.А., Безчасных К.В., Козлов В.Ю. 179

К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО РЕАГИРОВАНИЯ У СТУДЕНТОВ
Разгонова Д.С., Худина Ю.С., Заика В.Г. 183

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА СОВЕРШЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Родионов А.С. 186

НЕЙРОКОГНИТИВНЫЕ МАРКЕРЫ В ПРЕВЕНЦИИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНО-МНЕСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА
Рыжова И.А. 188

СОЦИАЛЬНО ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, КОМОРБИДНЫМИ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ (СПАЙСОВ)
Селиванов Г.Ю., Гареева В.С. 191

КОРРЕЛЯЦИИ НЕЙРОТРОФИЧЕСКИХ И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА
Сиденкова А.П., Селькина Е.О., Базарный В.В. 193

ВЗАИМОСВЯЗЬ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ ЛИЧНОСТИ С УРОВНЕМ РАЗВИТИЯ ТВОРЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА
Султанова А.Н., Рязанова А.С., Станкевич А.С. 194

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ПОДХОДА В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

И РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ, СВЯЗАННЫМИ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ
Томинина Е.В., Кулаков Д.Д., Мальцева Е.А. 198

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТОКСИЧЕСКОГО ЭПИДЕРМАЛЬНОГО НЕКРОЛИЗА (СИНДРОМА ЛАЙЕЛЛА) У БОЛЬНОГО ШИЗОФРЕНИЕЙ
Туктарова С.У., Юлдашев В.Л., Ахмерова И.Ю., Муфазалов А.Ф. 200

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СВЯЗИ СУДОРОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ С ОРГАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ
Худина Ю.С., Заика В.Г. 205

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ДЕПРЕССИЙ У ПОДРОСТКОВ С ПОМОЩЬЮ ЭЭГ И МРТ ОБСЛЕДОВАНИЯ
Шапошникова Ю.В., Косогова А.И. 208

ПРЕДИКТОРЫ ДЕПРЕССИИ У ПОДРОСТКОВ ЖЕНСКОГО ПОЛА В ПРАКТИКЕ ПОДРОСТКОВОГО ВРАЧА-ПСИХИАТРА
Шапошникова Ю.В., Косогова А.И. 212

ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ, С СУИЦИДАЛЬНЫМИ НАМЕРЕНИЯМИ
Шова Н.И., Михайлов В.А., Попов Ю.В. 216

ФОРМИРОВАНИЕ БАЗОВЫХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ У СТУДЕНТОВ НА ЭТАПЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
Яшихина А.А. 219

ПРЕДИСЛОВИЕ

В 2021 году отмечается 100-летие со дня основания Кировской областной психиатрической больницы имени академика Владимира Михайловича Бехтерева, в юбилейном году получившей новое название - Центр психиатрии и психического здоровья имени академика В.М. Бехтерева. История больницы – это длительный, не всегда простой, но последовательный путь развития помощи в широком ее смысле людям, страдающим психическими расстройствами. Сегодня больница стала крупнейшим современным специализированным медицинским учреждением Кировской области. Успех и популярность объясняется не только серьезной материально-технической базой, но и бережным отношением к традициям и подходам отечественной психиатрии, а также уникальными медицинскими кадрами. За прошедшие годы освоены новейшие медицинские технологии, внедрены современные методики диагностики, лечения и реабилитации, подготовлены перспективные молодые специалисты, на которых возлагаются большие надежды в настоящем и будущем. И неслучайно темой юбилейной конференции выбран биопсихосоциальный подход В.М. Бехтерева и перспективы его развития в отечественной психиатрии и смежных областях.

В.М. Бехтерев внес неоценимый вклад в зарождение уникальной научной школы, основывающейся на идее гармоничного сочетания биомедицинской модели с социальным и психологическим доменами. Для реализации такой модели изучения нервно-психической деятельности человека необходимо включение значительного количества дисциплин, в том числе психиатрии, неврологии, нейрофизиологии, психогигиены, психопрофилактики и многих других.

Биопсихосоциальная модель психических расстройств, считающаяся широко принятым способом синтеза информации в

психиатрии, базируется на положениях В. М. Бехтерева о необходимости комплексного подхода к решению проблемы «человековедения», в рамках которого человек рассматривается как многоуровневая, иерархически организованная система с переходом в понимании ее целостности от одного уровня к другому, более высокому и сложному.

Биопсихосоциальная модель в медицине стала явной и вполне плодотворной попыткой сформулировать сложность организации человека как живой системы, очевидной для любого думающего врача. В основе идеологии биопсихосоциальной модели — сохранение гармонии в этой сложности у здорового человека и дисгармония как фактор риска заболевания, которая особенно остро проявляется в момент манифеста и в процессе течения, а также необходимость для врача опираться на элементы этой сложности в процессе лечения.

Очевидно, что психический феномен и его нарушения в процессе заболевания, с точки зрения биологии, не имеет смысла и реализации вне контекста внешней среды, действующей на человека. Однако также очевидно, что только оценка влияния внешней среды (культуры, общества, семьи, воспитания, истории роста и развития) на возникновение и деформацию психического феномена совершенно не достаточна для выяснения его смысла без понимания биологических процессов, лежащих в основе реагирования человека на многообразные факторы и стимулы внешней среды.

Несмотря на ряд ограничений, биопсихосоциальный подход приобрел значительное влияние в сфере научных исследований, медицинской практики и образования, а также лег в основу многих международных стратегий здравоохранения. С позиции биопсихосоциального подхода в настоящее время рассматриваются многие хронические заболевания, включая сердечно-сосудистую патологию, диабет, онкологические болезни. Важно, что именно

психиатрия стала первой медицинской дисциплиной, очень быстро воспринявшей биопсихосоциальную модель именно как смену парадигмы и реальную возможность для прогресса в научных исследованиях.

Биопсихосоциальная модель получила научное оформление в последние десятилетия XX века и является одной из главных парадигм в современной психиатрии настоящего времени. Прогресс в биологической медицине, появление новых исследовательских технологий открывает сегодня новые возможности для современной трактовки биопсихосоциальной модели и ее применения для разработки современной биопсихосоциальной парадигмы, которая может быть использована как в качестве исследовательской стратегии, так и для развития современных научно обоснованных методов терапии и профилактики. Но для этого нужно понимание, что биопсихосоциальная модель не является конкурентом или антитезой биомедицинской модели, а позволяет расширить биологические границы за пределы простого описания функционирования органов и систем.

Несомненно, что Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Биопсихосоциальный подход В.М. Бехтерева в современной психиатрии: вехи становления, перспективы развития» послужит своего рода площадкой, на которой специалисты смогут обсудить наиболее насущные проблемы применения биопсихосоциальной модели в психиатрии, а также совместно попробуют найти пути их решения.

Директор ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России,
Президент Российского общества психиатров,
Президент Всемирной ассоциации динамической психиатрии (WADP),
заведующий кафедрой психиатрии и наркологии с курсами медицинской
психологии и психосоматической медицины ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова,
заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор
Николай Григорьевич Незнанов

ВЯТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ – ОТ ПРИЗРЕНИЯ К ЛЕЧЕНИЮ

Ершова К.А.

КОГКБУЗ «Центр психиатрии и психического здоровья им. академика В.М.Бехтерева»

Киров

Первые упоминания о душевнобольных в Вятской губернии относятся к 1734 году. До XVIII в. государство в России не уделяло внимания проблемам, связанным с призрением душевнобольных. Суеверный страх перед людьми, страдавшими душевными расстройствами, приводил к их полной изоляции в обществе. В это время больные содержались в неприспособленных помещениях без медицинского обслуживания при богоугодных заведениях.

Зарождение отечественной системы психиатрической помощи населению начинается с 1775 г., когда в Российской империи были организованы приказы общественного призрения, одной из обязанностей которых была забота о душевнобольных. В конце XVIII – первой половине XIX вв. приказные дома умалишенных больше напоминали места заключений, чем лечебные учреждения. В это время психиатрическая помощь населению Вятской губернии носила государственный характер – призрение душевнобольных, как в нашем регионе, так и в целом в России, находилось в ведении приказа общественного призрения.

Психиатрическая помощь в Вятской губернии в рассматриваемый период еще не являлась специализированным видом медицинской помощи. Как и во многих губерниях России, в Вятской губернии не было самостоятельного психиатрического лечебного заведения, а дом умалишенных фактически являлся отделением городской больницы. Вятский дом умалишенных, как и большинство подобных учреждений России того времени, находился в неудовлетворительном санитарно-

гигиеническом и материально-техническом состоянии. Будучи единственным на всю губернию, вятский дом умалишенных имел недостаточное количество мест. Его немногие койки постоянно занимали военнослужащие или арестанты, за которых Вятский приказ общественного призрения получал более высокую плату от военного ведомства и министерства юстиции, в результате чего жители Вятской губернии практически были лишены психиатрической помощи.

Подтверждением того, что в приказный период психиатрическая помощь в Вятской губернии не являлась специализированным видом медицинской помощи, было отсутствие врача-психиатра в губернии. По форме психиатрическая помощь являлась только стационарной. Душевнобольные первоначально находились под присмотром солдат, позднее – фельдшера, а затем их курировал врач, осуществляющий лечение соматических больных в Вятской городской больнице.

Какого-либо специфического лечения в отношении их не проводилось. Подавляющее большинство лиц, страдающих психическими заболеваниями, в Вятской губернии лечилось методами народной медицины, имевшими свои региональные особенности, обусловленные многонациональностью населения края, местными традициями, обычаями, обрядами. Жители губернии имели свои, в ряде случаев отличающиеся от общероссийских, представления о причинах возникновения психических заболеваний, своеобразную народную терминологию, обозначающую психические заболевания, особенности в методах народного врачевания этих заболеваний.

С 1852 года ведется поиск отдельных помещений для душевнобольных, этот год можно считать началом организации психиатрической помощи населению Вятской губернии.

В 1864 г. в России было введено земское самоуправление. Постепенно капиталы и учреждения приказов общественного призрения

были переданы земствам. Заботы о медицинском обеспечении сельского населения стали одним из основных направлений в деятельности земских организаций. В истории медицины России начался новый период.

Данное время было периодом бурного развития отечественной психиатрии. Крупные окружные больницы, лечебницы-колонии, система патронажа – все это нововведения данного времени, главным достижением которого в Российской империи стали новые методы и способы содержания душевнобольных. Находящиеся в психиатрических лечебницах больные не только стали призреваться, но и получать лечение. В этот период истории психиатрической помощи Вятской губернии (1867-1918), лечение пациентов психиатрического профиля находится в сфере ведения уже не государства, а органов местного самоуправления – а именно, Вятского губернского земства. Психиатрическая помощь превращается в самостоятельный специализированный вид медицинской помощи, который уже оказывается как в форме стационарной, так и в форме внебольничной медицинской помощи.

В 1870 г. в Вятской губернской земской больнице для психически больных было выделено особое отделение. В рассматриваемый период значительно увеличилось количество психиатрических коек (в 126 раз), открылась самостоятельная современная для того времени психиатрическая лечебница для душевнобольных женщин. При распределении пациентов по психиатрическим отделениям учитывались пол больного, форма и тяжесть его заболевания. По состоянию психиатрической помощи Вятская губерния с последних мест переместилась на средний для Европейской России уровень.

В конце XIX в. психиатрические койки появились и в уездных земских больницах Вятской губернии, а затем Вятское губернское

земство первым в России стало внедрять принцип децентрализации стационарной психиатрической помощи, открыв уездные психиатрические отделения губернской больницы в Елабуге, Орлове, Сарапуле и Котельниче. Заведовали отделениями врачи соматических больниц, исключение составляло Котельничское отделение душевнобольных, где имелся отдельный врач.

В 1913 г. в губернии появилось самостоятельное психиатрическое лечебное заведение – Вятская психиатрическая лечебница, которая, однако, в хозяйственном отношении продолжала оставаться в зависимости от губернской соматической больницы.

С 1870 по 1875 гг., часть пациентов вятского психиатрического отделения, имеющих острую патологию, получала специализированное лечение в Казанском окружном доме умалишенных. За пять лет в Казанский окружной дом умалишенных из Вятской губернии было отправлено 65 человек, из них 21 были признаны выздоровевшими. Однако из-за сложности доставки больных эта практика в 1875 г. была прекращена. Построенное в 1874 году деревянное здание психиатрического отделения насчитывало 30-60 коек. В 1890 году в городе Елабуга Вятской губернии открылось психиатрическое отделение на 20 коек. В это же время в Вятке был создан ряд приютов для душевнобольных. Распространенная в ряде губерний форма организации помощи психически больным – патронаж не получил широкого развития в Вятской губернии. Одной из причин этого явилось то, что Вятское губернское земство выбрало свой, отличный от других путь – организацию приютов для неизлечимых душевнобольных.

С конца XIX в. в Вятской губернии совершенствовались методы лечения больных психиатрического профиля – начала внедряться система нестеснения пациентов, водолечение, физиотерапия, широко использовалась трудотерапия. В лечебных учреждениях губернии

появляются первые врачи-психиатры. Методы лечения, применявшиеся вятскими психиатрами, не имели коренных отличий от общероссийских. В отличие от других губерний избавление от мер усмирения и стеснения проходило в более медленном темпе.

Материально-техническая база психиатрических лечебных заведений Вятской губернии и заработная плата их персонала были типичными для периферийных губерний. Как и во многих губерниях страны, в психиатрических отделениях Вятской губернии, наблюдается недостаток медицинского персонала. В этот же период в Вятской психиатрической больнице начинает работать средний медицинский персонал, закончивший фельдшерские школы, в начале XX в. появляются также надзиратели и надзирательницы с фельдшерским образованием. Во время Первой Мировой войны в губернии сокращается количество стационарных психиатрических коек, закрывается ряд отделений, многие из врачебных, фельдшерских и надзирательских должностей становятся вакантными.

К 1910 году уже функционировало 576 коек для психически больных в губернской больнице, 8 городских приютов для хронически больных, были открыты психиатрические отделения в Сарапуле, Орлове, Котельниче. В 1890 году в губернском психиатрическом отделении работало 4 врача. Возглавлял психиатрическую помощь в это время (1882-1917) доктор Малевинский А.А., внесший огромный вклад в организацию помощи больным, гуманное отношение к ним.

Малевинский Александр Александрович *– первый врач психиатрического отделения губернской земской больницы в Вятке в 1882–1917 гг.*

С 1918 г. начинается новый этап развития психиатрической помощи в нашей стране. Здравоохранение вновь носит государственный характер, при Наркомздраве организована специальная невропсихиатрическая секция. В СССР создается разветвленная сеть психиатрических учреждений с особым режимом, специальными задачами, предназначенная для обслуживания определенной группы психически больных. В это время было положено начало развитию детской психиатрии, логопедической и наркологической помощи населению. Были внедрены новые методы лечения пациентов данного профиля. При реабилитации и реадаптации душевнобольных большое внимание стало уделяться трудотерапии, профилактике психических заболеваний. Одной из характерных черт психиатрической помощи данного периода является ее жесткая регламентация со стороны органов государственной власти, Наркомздрава, а затем Министерств здравоохранения РСФСР и СССР.

В советский период развития психиатрической помощи в Вятской губернии / Кировской области она приобретает вид узкоспециализированной медицинской помощи – дифференцируется на взрослую и детскую, в ней формируются различные направления.

Вопрос об открытии отдельной психиатрической больницы не был решен вплоть до 1921 года, хотя неоднократно обсуждался во врачебной среде и органах местной власти.

В результате настойчивых требований вятских психиатров в 1921 году Вятский губздрав принял решение об организации самостоятельной психиатрической больницы и о полном отделении от губернской больницы. Было развернуто 300 коек (в районе ул. Коммуны и Октябрьского проспекта).

Старшим врачом была назначена доктор Громозова Людмила Константиновна, работавшая в больнице с 1912 года. Под её

Громозова Людмила Константиновна *– крупный организатор и высокообразованный врач-специалист, старший врач самостоятельной Вятской психиатрической больницы в 1921–1927 гг.*

руководством в первый год существования самостоятельной психиатрической больницы организуется свое подсобное хозяйство, арендуется земля, создается ферма, организуются лечебные мастерские с цехами: швейным, ткацким, слесарным и корзиночным, где активно проводится трудотерапия больных.

В 20-е гг. XX в. в Вятской психиатрической лечебнице получали стационарную психиатрическую помощь не только жители Вятской губернии – с 1922 г. в ней лечились жители Северо-Двинской губернии, с 1924 г. – Республики Коми, с 1925 г. – Вотской автономной области.

В 1924 году, благодаря энергии старшего врача Громозовой Л.К., больница получила в свое распоряжение территорию в 7 км от города, где была построена колония для хронически душевнобольных. В 1928 году там было развернуто 45 коек в 3-х зданиях.

Организовав больничную психиатрическую сеть, вятские психиатры во главе с Громозовой Л.К. поставили задачу организовать внебольничную психиатрическую помощь. В 1925 году в Вятке открылся второй в РСФСР невропсихиатрический диспансер. В 1927 г. в Вятской психиатрической лечебнице организуется детское отделение со специальным педагогическим персоналом и врачами. В 1940 г. в Кировской психиатрической больнице выделилось новое направление психиатрической службы – было организовано судебно-экспертное отделение. Обширность территории Вятской губернии заставила открыть в 1928 году Ашланское психиатрическое отделение в Уржумском районе (позже – больница). Таким образом, к 1940 году в трех больницах функционировало 1220 коек.

В 1927 году после трагической смерти Громозовой Л.К. главным врачом становится доктор Маевский М.М. В довоенный период в больнице активно велась лечебная и научная работа, открывались новые структурные подразделения. С 1930 года функционировала медицинская школа для подготовки медицинских сестер психиатрического профиля.

Маевский Михаил Михайлович *– главный врач больницы в 1927–1936 гг.*

В 1928 году в больнице было уже три деревянных корпуса на 35–45 коек, началось строительство общежития для сотрудников, диспансер получил отдельное двухэтажное каменное здание. Там же был развернут ночной санаторий на 50 коек; функционировали физиотерапевтический, логопедический кабинеты и кабинеты индивидуального и группового гипноза.

Вятская психиатрическая больница в 20–40 годы была в числе лучших психиатрических лечебниц страны по организации психиатрической помощи населению.

Чижова Мария Алексеевна *– заслуженный врач РСФСР, главный врач больницы в 1938–1952* ***гг.***

К 1940 году в Кировской психиатрической больнице функционировало 850 коек. С 1936 по 1952 годы главным врачом больницы была Мария Александровна Чижова. Она поддерживала связь с Московской психиатрической клиникой, которой руководил известный психиатр, профессор Гиляровский. Научное руководство больницей осуществляла клиника Пермского мединститута.

За этот период в больнице была организована сначала клиническая, а затем – серологическая лаборатории, рентгеновский кабинет, аптека, зубной кабинет.

В штат были введены врачи-консультанты, терапевт и хирург. В конце 1937 года в больнице было начато применение инсулино-шоковой терапии и применение электросудорожной терапии.

Для больных была организована художественная самодеятельность, открыта библиотека. Регулярно проходили концерты, больные совершали выходы в город, посещали цирк и театр.

К 1940 году в больнице работало 17 врачей. Многие из них прошли специализацию на базе центральных психиатрических клиник. Для освоения новых методов лечения врачи командировались в клиники Москвы, Ленинграда, Казани.

Во время Великой Отечественной войны Кировская психиатрическая больница претерпела большие изменения. Многие врачи, медсестры и сотрудники ушли на фронт. Коечный фонд сократился с 850 до 300 коек. Остались 5 врачей, а средний персонал почти отсутствовал. Были созданы 2 санитарные дружины из числа лучших санитарок.

В 1942 г. в г. Кирове на базе психиатрического отделения эвакогоспиталя № 1322 была развернута психиатрическая клиника Военно-морской медицинской академии. Больница была переведена в поселок Раковка, где продолжалась работа. Лечебная и научная работа в больнице во время Великой Отечественной войны велась под руководством психиатрической клиники Военно-морской медицинской академии, эвакуированной из Ленинграда в 1942 году и возглавляемой профессором Ленцем, а также – совместно с военным психиатрическим госпиталем, где работал Е.С. Авербух (впоследствии – профессор Ленинградского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева и Пермской психиатрической клиники, возглавляемой профессором Э.М. Залкиндом).

После окончания Великой Отечественной войны в стране повсеместно проводилась активная работа по восстановлению психиатрической службы.

В Кировской области стационарная психиатрическая помощь в послевоенные годы оказывалась тремя психиатрическими больницами: Кировской, Котельничской, Советской. В 50–60 гг. XX в., ввиду активного строительства новых корпусов психиатрических учреждений, в области возрастает число психиатрических коек.

Вотинова Валентина Васильевна *– заслуженный врач РСФСР, главный врач больницы в 1953–1974 гг.*

В послевоенные годы при главном враче Вотиновой Валентине Васильевне происходит улучшение состояния внебольничной психиатрической службы, связанное с организацией диспансерного отделения, создается логопедическая служба.

В 1959 году диспансерное отделение было реорганизовано в областной психоневрологический диспансер с 60 койками. В 1960 году больница организовала детское отделение на 35 коек.

С 60-х гг. XX в. в Кировской области развиваются такие стационарозамещающие формы психиатрической помощи как дневной стационар, ночной профилакторий, полустационар, стационар на дому.

В 50–60-е гг. прошлого века улучшилось состояние как стационарной, так и внебольничной психиатрической помощи населению районов. В 1966 г. в Малмыже была открыта четвертая психиатрическая больница. В каждой центральной районной больнице области выделяются врачи, ответственные за психиатрическую помощь населению.

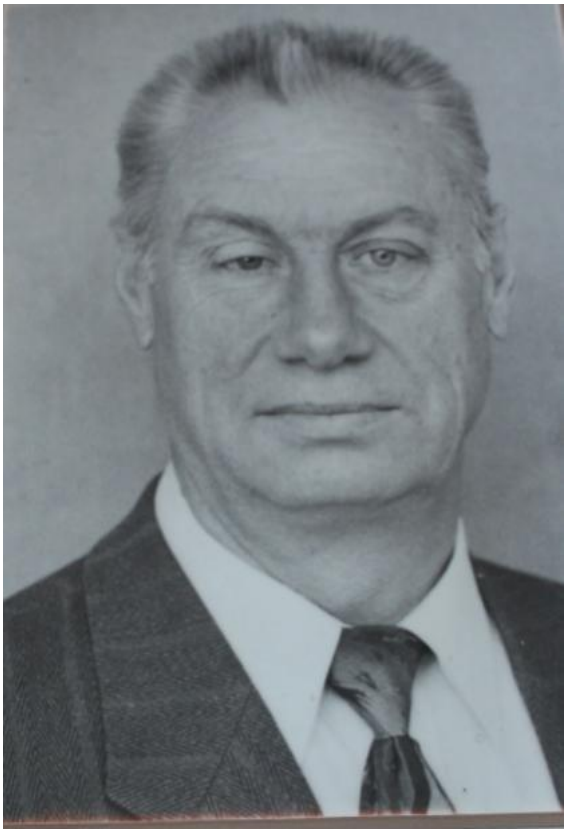
Одновременно за каждым из районов области закреплялся врач-психиатр из областных учреждений данного профиля, организовывалась их выездная работа в районы области для диспансеризации и консультации пациентов.

Кировская область одна из первых стала развивать логопедическую службу. Открываются логопедические кабинеты, в 1960 г. в Кировском областном психоневрологическом диспансере было организовано логопедическое отделение. Кроме г. Москвы подобного рода отделения в

РСФСР в то время нигде не было. В 1961 г. впервые в стране на базе Кировского психоневрологического диспансера был открыт сезонный логопедический лагерь-санаторий. Эта особая форма логопедического стационара была организационно создана и внедрена вятскими психиатрами.

В конце 50-х гг. XX в. в Вятской губернии формируется наркологическое направление - в психоневрологических больницах области создаются наркологические койки и отделения (1959), открываются наркологические кабинеты, позднее – лечебно-трудовые профилактории для принудительного лечения и перевоспитания алкоголиков, на промышленных предприятиях открываются фельдшерские наркологические пункты и наркологические стационары. В 1985 г. в г. Кирове создается областной наркологический диспансер.

Характерной особенностью 1970-80-х годов являлось активное строительство новых лечебных корпусов психиатрической больницы под руководством главного врача Кириллова Б.И. В 1973 году вошел в эксплуатацию первый комплекс зданий в кирпичном исполнении на 450 коек. В больнице постепенно проводилась реконструкция лечебных павильонов барачного типа, было подведено центральное отопление, канализация и водопровод.



Кириллов Борис Ильич *– главный врач больницы в 1973–1994 гг.*

Наряду с общепсихиатрическими отделениями в больнице были открыты специализированные отделения: неврозов, детское, судебное, туберкулезное.

Трудотерапией больные занимались в подсобном хозяйстве, швейных мастерских, столярном, обувном и матрасном цехах.

В образцовом состоянии содержалось подсобное хозяйство, которое было одним из передовых в области.

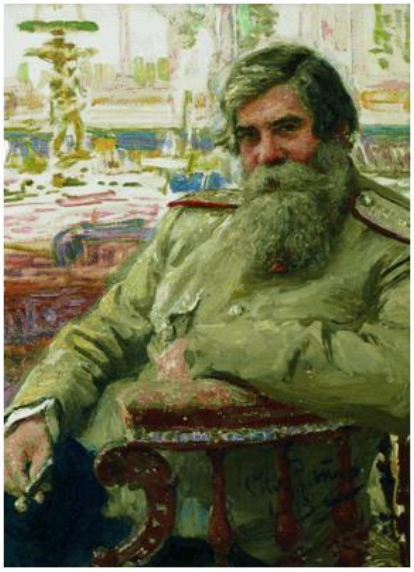
Методы лечения пациентов психиатрического профиля в Вятской губернии / Кировской области в данный период были типичными для страны и делились на две группы: медикаментозные и немедикаментозные. Кроме того, в данный период в психиатрической помощи населению Кировской области формируются реабилитационное, психотерапевтическое и сексологическое направления.

К 1989 году поэтапно была введена в эксплуатацию вторая очередь зданий психиатрической больницы на 500 коек.

Останин Борис Васильевич *– главный врач больницы в 1994–2007 гг.*

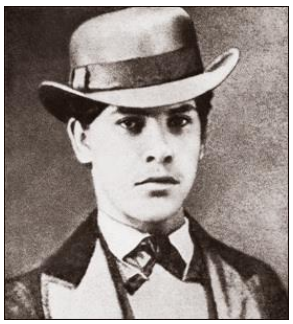
В 1994 на пост главного врача заступил Останин Борис Васильевич, под его руководством в 1995 году к психиатрической больнице был присоединен «Центр психотерапии и сексологии».

В 1996 году было открыто отделение реанимации и интенсивной терапии.



В мае 1997 года Постановлением администрации Кировской области больнице было присвоено имя Владимира Михайловича Бехтерева, с целью увековечения памяти ученого с мировым именем, выдающегося психиатра и невропатолога, нашего земляка (Постановление от 20.05.1997г. № 157).

В.М. Бехтерев родился 20 января 1857 года в селе Сорали Елабужского уезда Вятской губернии. Небольшой двухэтажный полукаменный дом, построенный в 1852 г. священником Г. Котлецовым на улице Казанской наискосок от Раздерихинской часовни в г. Кирове, известен тем, что именно здесь провел свои детские годы Владимир Михайлович Бехтерев — выдающийся русский психиатр, невропатолог, физиолог, психолог, основатель Санкт-Петербургского психоневрологического института.



О вятском этапе его жизни известно немного, тем не менее именно наш город стал для Бехтерева местом, откуда он устремился к научному Олимпу.

В 1996 и 2004 годах в Кирове проведены крупные научные конференции – «Бехтеревские чтения».

«Бехтеревские чтения» в Кирове

Психиатрическая помощь населению Кировской области в настоящее время продолжает носить в основном государственный характер, совершенствуются сложившиеся в советский период ее вид и формы, методы лечения пациентов. Вместе с тем, сегодня в вятской психиатрической помощи формируется ряд новых тенденций.

Во-первых, в Кировской области в настоящее время происходит возникновение и развитие негосударственной коммерческой психиатрической помощи, в частности – в сфере наркологической, психотерапевтической и сексологической помощи населению.

Во-вторых, растет роль общественности в сфере оказания психиатрической помощи населению – с целью защиты прав и законных интересов психически больных в мае 2005 г. в области организовано Кировское региональное отделение Общероссийской общественной организации инвалидов вследствие психических расстройств и их родственников "Новые возможности".

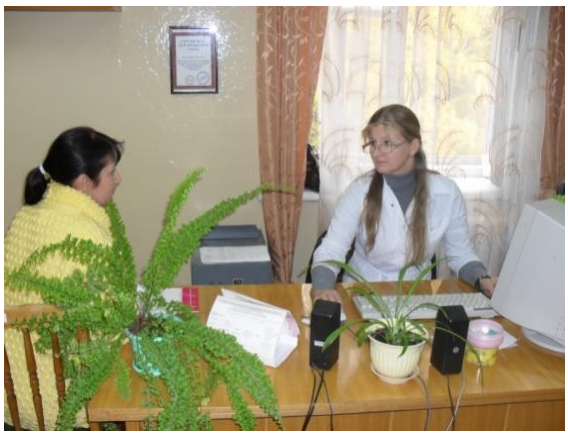
В-третьих, наряду с практическим врачеванием в сфере психиатрии идет и становление ее как науки. В 1991 году на базе нашего учреждения был открыт курс психиатрии, наркологии с общей медицинской психологией.

В 1996 году курс реорганизован в кафедру психиатрии, наркологии с общей медицинской психологией. В 2005 году кафедра переименована в кафедру психиатрии, наркологии и психотерапии, в 2009 году – в кафедру психиатрии и наркологии. С момента открытия кафедрой руководил д.м.н., профессор Владимир Иванович Багаев, имя которого кафедра носит и в настоящее время. Сегодня руководство кафедрой осуществляется профессором кафедры, д.м.н. Мариной Владимировной Злоказовой. На базе кафедры выполняется целый ряд актуальных научных исследований.

Петухов Юрий Леонидович *– главный врач больницы в 2007-2018 гг.*

Современные традиции реабилитации в «КОКПБ им. В.М. Бехтерева» с 2007 года были продолжены главным врачом, заслуженным врачом РФ, к.м.н. Петуховым Юрием Леонидовичем.

Сотрудники КОГБУЗ «КОКПБ» используют биопсихосоциальный и бригадный подходы к лечению пациентов с психическими расстройствами, когда успешно сотрудничают врачи-психиатры, врачи-психотерапевты, медицинские психологи, специалисты по социальной работе и юристы.



Помощь пациентам оказывается комплексно и всесторонне.

Создана хорошая реабилитационная база: театральная студия, изо-студия, компьютерный класс, спортивный зал, библиотека, госпитальный храм, подготовлены соответствующие специалисты.

Вся территория больницы адаптирована под зону отдыха пациентов. С целью создания терапевтической среды среди сотрудников совместно с пациентами ежеквартально проводятся конкурсы по сезонному оформлению прилегающей территории и подразделений.

Ежегодно в КОГБУЗ «КОКПБ» в октябре проводится Международный месяц психического здоровья, а летом - День пациента. К данным мероприятиям привлекается общественность, фонды, проводятся благотворительные акции и научные чтения.

Внедрение методов творческой реабилитации привело к созданию комплекса немедикаментозных методов лечения: арт-терапии, театр-

терапии и других. Пациенты учреждения являются ежегодными участниками фестивалей творчества лиц с особенностями психического развития: «Нить Ариадны» (г. Москва), «Арт-Эра» (г. Санкт-Петербург).

Коллектив КОГБУЗ «КОКПБ» за разнообразие методов реабилитации в стационарных условиях работы был отмечен дипломом III степени Общественного Совета по вопросам психического здоровья при главном психиатре Министерства здравоохранения РФ – в номинации «Психореабилитация» конкурса «За подвижничество в области душевного здоровья им. академика РАМН Т.Б. Дмитриевой».

С 2018 года главным врачом психиатрической больницы является Игорь Федорович Набатов. Под его руководством на базе медицинского учреждения созданы «Центр психотерапии» и «Центр психического здоровья детей и подростков». Наше учреждение начало тесное сотрудничество с Национальным медицинским исследовательским центром психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» (Санкт-Петербург).

Набатов Игорь Федорович *–*
главный врач больницы с 2018 г.

Специалисты Центра курируют нашу организацию, регулярно выезжают на базу. Пациенты имеют уникальную возможность получить телемедицинскую консультацию у ведущих научных сотрудников НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева.

Во время пандемии COVID-19 на базе нашего стационара, без ущерба для психиатрической службы региона, открылся самый большой по коечной мощности инфекционный госпиталь.

Благодаря инициативе и организаторским способностям главного врача Набатова И.Ф. в кратчайшие сроки за 21 день подготовлены и отремонтированы здания КОГБУЗ «КОКПБ» общей площадью 8300 м^2 для перепрофилирования в 550 коек инфекционного госпиталя и общежития для сотрудников.

В 2021 году КОГБУЗ «Кировская областная психиатрическая больница им. академика В.М. Бехтерева» сменила название. С 19 мая больница стала Кировским областным государственным клиническим бюджетным учреждением здравоохранения «Центр психиатрии и психического здоровья им. академика В.М. Бехтерева». Изменения связаны с переходом учреждения к современной концепции развития психиатрической помощи населению и произошли при поддержке

Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева города Санкт-Петербурга и Министерства здравоохранения Кировской области.

В настоящее время КОГКБУЗ «Центр психиатрии и психического здоровья им. академика В.М. Бехтерева» – это современное специализированное лечебное учреждение, которое обслуживает детское, подростковое и взрослое население г. Кирова и Кировской области. Коечная мощность больницы составляет 1001 койку круглосуточных стационаров; 300 коек дневных стационаров. Медицинская деятельность учреждения организована в двух филиалах – Котельничском и Советском; дневные стационары детские работают на базе шести кировских общеобразовательных школ и одного детского дошкольного учреждения; в четырех медицинских учреждениях г. Кирова ведут прием врачи-психиатры ЦППЗ.

Организованы функциональные подразделения:
Центр психического здоровья детей и подростков и Центр психотерапии.

В Котельничском филиале организована служба принудительного лечения общего и специализированного типа, что обеспечивает

преемственность оказания психиатрической помощи данной категории пациентов. Организована работа стационарной и амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы. Ежегодно проводится более 5000 экспертиз по гражданским и уголовным делам, в том числе комплексные судебно-психиатрические экспертизы.

Бочарова Ирина Алексеевна, Заслуженный врач РФ

В штате учреждения работают 109 врачей. Из них два врача имеют звание Заслуженный врач Российской Федерации – Ю.Л. Петухов и И.А. Бочарова. Среди сотрудников Отличники здравоохранения – 15 врачей; 5 специалистов с ученой степенью кандидат медицинских наук; 61 врач с высшей аттестационной категорией.

Активно ведется капитальный ремонт лечебных корпусов; концепция психотерапевтической среды дополняется малыми архитектурными формами. Создан единый цифровой контур, в который включены все подразделения учреждения.

В настоящее время КОГКБУЗ «Центр психиатрии и психического здоровья им. академика В.М. Бехтерева» является крупным учреждением здравоохранения Кировской области, которое оказывает специализированную помощь населению на всех уровнях и этапах, постоянно развивается в своей деятельности и с уверенностью смотрит в будущее.

КОРРЕЛЯЦИЯ ЭЭГ-МРТ-ПАТТЕРНОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОРГАНИЧЕСКИМИ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Агейкин А.В., Тычков А.Ю, Алимурадов А.К., Калистратов В.Б., Мельников В.Л., Мельников Л.В., Голикова О.А.

ФГБОУ ВО "Пензенский государственнный университет"

Пенза

Цель работы. Выявить корреляционные изменения при проведении ЭЭГ-МРТ исследования у пациентов с органическими и функциональными изменениями головного мозга

Материалы и методы. Контингент обследованных лиц включал пациентов с органическими и функциональными изменениями головного мозга. Общее число пациентов экспериментальной группы - 60. В контрольную группу входиди пациенты в количестве 30 человек, не имеющей какой-либо патологии со стороны головного мозга и психического здоровья. Все пациенты экспериментальной группы были разделены на 4 подгруппы.

В первую подгруппу вошли пациенты с острыми и хроническими нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК и ХНМК). Ко второй подгруппе относились пациенты, имеющие по результатам МРТ опухолевидные образования в головном мозге. В третью подгруппу были включены пациенты, имеющие в анамнезе хронический алкоголизм. Четвертая подгруппа имела чисто психиатрическую направленность: больные эпилепсией, психотическим расстройством и шизофренией.

Результаты. Все локальные изменения на ЭЭГ соответствовали локализации изменений на МРТ-картине. Пациенты 1 подгруппы имели на ЭЭГ увеличение выраженности и превалирование альфа-ритма, а на МРТ – снижение кровотока, стеноз и тромбоз артерий, а также дистрофические изменения. У пациентов 2-ой подгруппы по результатам

ЭЭГ наблюдался высокий и/или атипичный альфа-ритма со снижением мощности и амплитуды, причем общая амплитуда фоновой записи была повышена. Для пациентов 3 подгруппы была характерна умеренная дезорганизация ритмов, ирритация отдельных областей и атрофия других. По данным МРТ у них имелись дистрофические изменения определенных участков. Пациенты 4 подгруппы имели характерные изменения, характерные для каждой нозологии. У пациентов с эпилепсией, наряду с наличием эпи-очагов, наблюдалось увеличение амплитуды альфа-ритма на ЭЭГ в местах уменьшения объема гиппокампа и расширение височного рога на МРТ.

У пациентов с психотическими расстройствами на ЭЭГ регистрировалась очень высокая амплитуда альфа-ритма в задне-височной и затылочной областях с последующим переходом на центральную область. На МРТ в этих же областях имелись очаговые изменения дистрофического характера. Это может говорить о том, что усиление электрической активности головного мозга приводит к ухудшению морфофункционального состояния головного мозга в будущем.

У пациентов с шизофренией ЭЭГ – картина имела особенности. При данных МРТ, свидетельствующих об ангиопатии, на ЭЭГ регистрировалось увеличение амплитуды альфа-ритма, а в других областях, где была выявлена атрофия – снижение амплитуды альфа-ритма. Основные изменения на МРТ были представлены демиелинизацией, глиозом, криблюрами в базальных и семиовальных центрах, а также атрофией лобных и ирритацией затылочных областей.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о специфике изменений на ЭЭГ и МРТ-картине для пациентов с различными видами органических и функциональных изменений. Последующие

исследования в данном направлении позволят сформировать базу специфических диагностических паттернов для каждой нозологии.

ВЫЯВЛЕНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ЭЭГ-ПАТТЕРНОВ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Агейкин А.В., Тычков А.Ю, Алимурадов А.К., Калистратов В.Б., Мельников В.Л., Мельников Л.В., Голикова О.А.

ФГБОУ ВО "Пензенский государственный университет"

Пенза

Цель работы. Выявить специфические диагностические маркеры пограничных психических расстройств по данным электроэнцефалографического (ЭЭГ) исследования.

Материалы и методы. В качестве объекта для исследования выбраны пациенты, впервые обратившиеся в клинико-диагностическое учреждение, которым впервые был поставлен диагноз из группы невротических расстройств (F40-F48 согласно МКБ-10), не имеющих в анамнезе токсических и травматических органических поражений головного мозга. Из исследования исключались пациенты, имеющие клинические и электроэнцефалографические признаки эпилепсии. Исследование проводилось согласно правилам медицинского осмотра больных психиатрического профиля, при получении согласия пациента на обработку его персональных данных и разрешения этического комитета о возможности проведения исследования с целью повышения качества оказания медицинской помощи. Методика исследования сопоставима со стандартной схемой снятия ЭЭГ в условиях лечебно-профилактических учреждений. Раздражающим фактором выступала впервые увиденная скороговорка, сочетающая в себе большую часть произносимых звуков речевым аппаратом: «В бреду бренчал брезгливый

брадобрей, победно подбивая к буддизму бедняков», «Лара врала, что была королевой Урала. Лор просил, чтобы я поорал», которую необходимо прочитать на одном из этапов обследования. ЭЭГ регистрировалась на 8-канальном электроэнцефалографе «Нейрон-Спектр-1» (г. Иваново, Россия) с использованием стандартной международной схемой накладывания электродов: «10-20».

Всё время регистрации ЭЭГ можно разлить на 3 интервала: до пробы, собственно проба и после пробы (период восстановления). Обработка ЭЭГ сигналов осуществлялась с использованием программного обеспечения «Нейрон-Спектр-1» и среды программирования R. Среда R используется в рамках поставленных задач для выполнения статистических вычислений и графического представление большого массива данных исследуемых ЭЭГ- сигналов.

Всего было проанализировано 60 пациентов трех нозологических групп (по 20 пациентов в каждой): F41.2 – «Смешанное тревожное и депрессивное расстройство», F43.2 – «Расстройство приспособительных реакций» и F45.3 «Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы», у которых впервые был выявлен данный диагноз и которые не проходили лечение. Также в исследование была включена контрольная группа (20 человек), в которую вошли пациенты, не имеющие заболевания психиатрического профиля. Все пациенты были разделены на 3 возрастные группы: до 40 лет, 40-50 лет и старше 50 лет.

Результаты. Медленноволновая активность ЭЭГ у больных с невротическими расстройствами имеет основные изменения в правом полушарии, что подтверждается изменением амплитуды как до пробы, так и во время, и после её проведения. Исключение составляют пациенты с диагнозом F41.2, для которых выявляется депрессия дельта-ритма в левом полушарии (ЛП) во время пробы и после неё, что является специфическим паттерном для пациентов с таким диагнозом. Данный

признак свойственен всем возрастным группам взрослых. ЭЭГ-картина является относительно стабильной и имеет характерные амплитудные изменения других ритмов (в особенности депрессия альфа-ритма) при проведении первоначальной фоновой записи (до пробы), что является ключевым паттерном для экспресс-диагностики.

Для пациентов до 40 лет с диагнозом F 43.2 характерно увеличение амплитуды всех ритмов в период пробы и после пробы с последующим быстрым восстановлением до нормальной ЭЭГ-картины (в течение 30 секунд). Для более возрастных пациентов (40–50 лет) с этим же диагнозом восстановление происходило спустя более продолжительный период времени (спустя 40–45 секунд). Также характерной особенностью пациентов 40–50 лет с данным диагнозом и с диагнозом F45.3 является критическая (более чем в 10 раз) депрессия дельта- и тета-ритмов в период пробы и полное восстановление до фоновой записи. Для пациентов возрастной категории старше 50 лет, вне зависимости от диагноза, изменения во время пробы и после нее носят незначительный характер по сравнению с фоновой записью до пробы. Во время проведения пробы и после нее – отсутствие полного восстановления ЭЭГ-ритма по сравнению с фоном. В основном характерно для диагнозов F43.2 и F 45.3, так как они имеют различную ЭЭГ-картину во время пробы и после нее, по сравнению с фоновой записью до пробы и в отличие от F41.2, где изменения визуализируются при оценке уже фоновой записи до пробы.

При сравнении контрольной и экспериментальных групп прослеживается четкая корреляционная зависимость изменений как в левом, так и в правом полушариях. Наибольшие изменения характерны для пациентов возрастной группы до 40 лет и связаны с модуляцией альфа-ритма в лобной области, что говорит о нарушениях со стороны психического здоровья. Кроме этого, изменения в теменно-затылочных и височных областях говорят об активации определенных структур мозга,

активных за психоэмоциональное и эмоционально-волевое поведение. Возникающая электрическая дезорганизация является отражением нарушения функционирования гиппокампальных структур.

Вывод. ЭЭГ-исследование позволяет выявить специфические паттерны пограничных психических расстройств. Дальнейшие исследования в этой области позволят стандартизировать и улучшить диагностический алгоритм при проведении экспресс-исследования психического здоровья пациентов во время плановых и периодических медицинских осмотров.

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ МАГИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ И ЕГО СВЯЗИ С ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАЩИТАМИ В НОРМЕ И ПРИ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Байрамова Э.Э, Ениколопов С.Н.

ФГБНУ НЦПЗ, Отдел медицинской психологии

Москва

Цель исследования. Изучение уровня магического мышления и его связи с психологическими защитами в норме и при эндогенных психических заболеваниях.

Материалы и методы. Испытуемые. Группа нормы: 60 респондентов (22 мужчины, 38 женщин), возраст от 18 до 55 лет (средний возраст – 31 год). Группа патологии: 48 респондентов (30 мужчин, 18 женщин), возраст от 18 до 51 лет (средний возраст – 27). Все респонденты из клинической группы являются пациентами ФГБНУ НЦПЗ. Критерием включения в группу патологии являлось наличие у респондентов установленного диагноза из группы F20, F25, F31, F34.

Методики. Русскоязычная адаптация опросника определения уровня магического мышления М. Экбланда, Л. Дж. Чапмана (Байрамова Э.Э., Ениколопов С.Н., 2016); Опросник верований и суеверий

И.Я. Стояновой (Стоянова И.Я., 2009); методика «Индекс жизненного стиля» Р. Плутчика. Статистический анализ проводился с помощью статистического пакета SPSS.

Результаты исследования. Для сравнения показателя уровня магического мышления в группах нормы и патологии, а также для выявления гендерных различий по показателю уровня магического мышления использовался U-критерий Манна-Уитни. Группы нормы и патологии не отличаются по показателю уровня магического мышления ($p=0,362$; $p<0,05$). В группе нормы, также как и в группе патологии, показано значимое различие между мужчинами и женщинами по уровню магического мышления (для группы нормы $p=0,013$, $p<0,05$; для группы патологии $p=0,042$, $p<0,05$). В группе нормы у женщин среднее значение показателя уровня веры в магическое мышление 58,3, у мужчин – 51,3. В группе патологии у женщин среднее значение показателя уровня веры в магическое мышление – 59,8, у мужчин – 48,1. Для сравнения респондентов мужского и женского пола по шкалам опросника верований и суеверий использовался U-критерий Манна-Уитни. В группе нормы были получены значимые различия по следующим шкалам ($p<0,05$): магическое восприятие ($p=0,018$), магическая тревога ($p=0,017$), магический прогноз ($p=0,049$), защита ($p=0,005$). В группе патологии получены значимые различия по шкале защита ($p<0,05$; $p=0,039$). В группах нормы и патологии у респондентов женского пола средние значения по показателям шкал опросника верований и суеверий, для которых были получены значимые гендерные различия, были выше.

Для исследования связи показателя уровня магического мышления со степенью выраженности различных психологических защит в группах нормы и патологии использовался коэффициент корреляции Спирмена. В группе нормы получены следующие значимые корреляции показателя уровня магического мышления и психологических защит (уровень

значимости ($p<0,01$): проекция ($r=433$; $p=0,001$), замещение ($r=542$; $p=0,000$) В группе патологии значимых корреляций показателя уровня магического мышления с выраженностью психологических защит не выявлено.

Для исследования различий в степени выраженности позитивных и негативных магических убеждений в группах нормы и патологии использовался U-критерий Манна–Уитни. По степени веры в негативные магические убеждения значимых различий не выявлено. По степени веры в позитивные магические убеждения были выявлены значимые различия ($p=0,008$, $p<0,05$).

Обсуждение результатов. В исследовании было показано, что группы нормы и патологии значимо не различаются по показателю уровня магического мышления. Эти результаты согласуются с результатами, полученными нами в более ранних исследованиях, однако не соответствуют результатам, полученным зарубежными коллегами в аналогичных исследованиях. Отсутствие различий по шкале магического мышления может быть обусловлено особенностями русскоязычной культуры. Различными авторами показано, что на русскоязычных выборках уровень магического мышления, исследуемый другими методиками, был высоким. Можно предположить, что высокий уровень магического мышления связан с особенностями русскоязычной культуры, наличием в ней большого количества мифологических аспектов, таких как народные сказки, приметы, поговорки, которые часто встречаются в повседневной жизни.

Результаты сравнения показателей уровня магического мышления у респондентов мужского и женского пола в группах нормы и патологии говорят о том, что они в разной степени склонны придерживаться магических убеждений. В картине мира женщин более выражена вера в необъяснимые наукой, магические силы, оказывающие негативное либо

благоприятное воздействие на людей. Для них более значимы, чем для мужчин, приметы, суеверия, они в большей степени придают им уверенность в себе, поднимают настроение, снижают тревожность. Женщины обладают большей верой в негативные воздействия магической силы, наносящих ущерб здоровью, психологическому благополучию, приводит к неблагоприятному развитию событий. Женщины в большей степени верят в возможность магического предсказания будущего. Все вышеперечисленные представления у женщин на практике выражаются в большем, нежели у мужчин, применении примет, верований, ритуалов в практике повседневной жизни. В группе патологии респонденты мужского и женского пола отличаются только по тому, как часто они стремятся применять различного рода ритуалы, приметы и «магические действия». Женщины из группы патологии более склонны к подобным ритуальным действиям.

Анализ связи показателя уровня магического мышления со шкалами опросника жизненного стиля показывает, что для респондентов группы нормы с высоким уровнем магического мышления наиболее характерны два вида психологических защит. Самая значимая связь показателя уровня магического мышления получена с психологическим механизмом замещения. В большинстве случаев замещение разрешает эмоциональное напряжение, возникшее под влиянием фрустрирующей ситуации, но не приводит к облегчению или достижению поставленной цели. Вторая по значимости связь получена с механизмом проекции, в основе которого лежит процесс, посредством которого неосознаваемые и неприемлемые для личности чувства и мысли локализуются вовне, приписывается другим людям и таким образом становятся как бы вторичными. В группе патологии значимых связей со шкалами опросника жизненного стиля не выявлено. Это можно объяснить тем, что все респонденты группы патологии имеют

эндогенные психические расстройства, при которых наличие у респондентов зрелых механизмов психологической защиты маловероятно.

Было показано, что группы нормы и патологии значимо отличаются по степени веры в позитивные магические убеждения, и можно говорить о наличие тенденции респондентов группы патологии в меньшей степени прибегать к позитивным магическим убеждениям. Многие исследователи отмечали, что позитивные и негативные магические убеждения могут обладать различными свойствами, в то время как негативные убеждения носят дисфункциональный характер, позитивные могут выполнять адаптивные функции. Можно предположить, что именно отсутствие выраженной веры в позитивные магические убеждения у респондентов группы патологии является причиной того, что при эндогенных психических заболеваниях магическое мышление имеет дисфункциональный характер.

Выводы. Несмотря на то, что в исследовании не было выявлено значимое различие по уровню магического мышления между группами нормы и патологии, было показано, что респонденты данных групп в разной степени привержены позитивным и негативным магическим убеждениям. Данные результаты могут стать основой для дальнейших исследований особенностей проявления и влияния на психическое здоровье магического мышления, основывающегося именно на негативных магических убеждениях. Показанные гендерные различия, а также связи с защитными механизмами могут послужить основной для составления рекомендаций для психотерапевтической работы.

ПРИМЕНЕНИЕ ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ «ЭКВАТОР» НА ОСНОВЕ БИОЛОГИЧЕСКИ-ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА НА БАЗЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ №9

Баранова О.В.

КОГБУЗ КОКПБ, Дневной стационар №3 детский

Киров

Биологическая обратная связь (БОС) – это принцип, лежащий в основе организации самоуправления физиологическими функциями организма. Суть принципа БОС отражается в том, что эффективность функционирования биологической системы зависит от скорости возврата и качества информации о работе этой системы. Этот закон справедлив на всех функциональных уровнях, включая сложнейший уровень деятельности центральной нервной системы, реализующий волевой контроль поведения.

Функциональное биоуправление дает возможность обучения произвольному изменению физиологических функций организма в нужном для оздоровительных целей направлении. При реализации метода функционального биоуправления происходит регистрация физиологических параметров организма (при помощи специальных датчиков) и преобразование их в компьютере в сигналы обратной связи, которые человек воспринимает с монитора в виде звукового и зрительного ряда. Психопрофилактическая программа «Экватор» (НПФ Амалтея Санкт-Петербург, 2004 год), применяемая в условиях дневного стационара №3 детского (ДС №3) Кировской областной клинической психиатрической больницы им. акад. В.М. Бехтерева, позволяет обучать детей навыку произвольного повышения периферической температуры (что свидетельствует об освоении навыка произвольной релаксации) и достижения наиболее оптимального для обеспечения

жизнедеятельности организма состояния. Обучение происходит под контролем объективных физиологических данных, что позволяет выработать навык, максимально соответствующий индивидуальным особенностям каждого ребенка.

Обучение направлено на регулирование следующих параметров:

1. Повышение фоновых (средних) значений периферической температуры. В ходе обучения повышению периферической температуры происходит снижение сосудистого тонуса, психоэмоционального и мышечного напряжения.

2. Развитие навыка произвольного повышения периферической температуры. Позволяет обучающемуся применять его произвольно для коррекции психофизиологического состояния в ситуациях воздействия внешних или внутренних стрессовых факторов.

Программно-аппаратный комплекс, используемый для обеспечения функционирования программы «Экватор», представлен: компьютерным индикатором «Терм-1», который регистрирует периферическую температуру и передает данные в компьютер, а также программным обеспечением, с помощью которого информация обрабатывается компьютерной программой и выводится на экран монитора в виде постоянно изменяющегося графика. Показаниями для работы с данной программой являются психосоматические заболевания, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, посттравматическое стрессовое расстройство и др.

Работа с психопрофилактической программой «Экватор» осуществляется в два этапа:

1. Информационно-практический этап (6-8 занятий). Проводится в виде групповых занятий и индивидуальных занятий. На этом этапе работы формируются представления у детей о температуре тела и периферической температуре, работе организма в стрессовых ситуациях,

ознакомление с техникой мышечной релаксации как одного из способов повышения периферической температуры, с методами аутогенной тренировки. Детям в доступной форме рассказывается о температуре и мышечном расслаблении, демонстрируются различные состояния мышечного тонуса, проводятся упражнения на релаксацию. Для проведения упражнений используется наглядный материал (воздушные шары, мыльные пузыри и др.), мягкие игрушки, бумага, краски, карандаши, магнитофон с записями мелодий для релаксации.

Информационно-практические занятия с детьми длятся от 15-20 минут и чаще проводятся в небольших группах (3-5 человек), чтобы психотерапевт мог лучше подобрать индивидуальные образы и ощущения для каждого ребенка. Используются медитативное дыхание, медитативные упражнения для глаз, ассоциативные медитации - дворец «Здоровья и Красоты», «Прощение», «Космос», «Росток», «Путешествие в будущее», «Скульптор» и др. По результатам работы на информационно-практическом этапе для каждого ребенка составляется индивидуальный список эмоциональных образов (ситуаций) и телесных ощущений, соответствующих состоянию расслабления, например, тепло (согрелись пальчики), напряжение (рука устала), расслабление (рука легкая) и т.д.

2. Практический этап (3-5 занятий). Проводится в виде групповых (группы от 3 до 5 человек) и индивидуальных занятий. На данном этапе дети, посещающие ДС №3, обучаются навыку произвольного повышения периферической температуры с использованием компьютерного тренажера «Экватор». Психофизиологический тренинг по программе «Экватор» представлен различными режимами работы, каждый из которых отличается видами обратной связи. Например, при режиме «График» на экран монитора выводится график реальных значений периферической температуры. В режиме «Столбик» - изменения периферической температуры отражаются в виде заполнения столбика

на экране монитора цветом. Наиболее интересным и понятным для детей младшего школьного возраста является режим «Солнышко».

В условиях подразделения ДС №3, расположенного на базе общеобразовательной школы №9 г. Кирова, психопрофилактическая программа «Экватор» используется в комплексной терапии учащихся с ППР наряду с медикаментозным и психотерапевтическим лечением с сентября 2008 года. Курс занятий по обучению саморегулированию по программе «Экватор» был проведен с 385 пациентами с ППР, в возрасте от 7 до 16 лет, преимущественно мальчики – 73,2%. В занятиях участвовали дети со следующими ППР: расстройством психического развития – 22,1%, нарушением активности и внимания – 47,4%, невротическими расстройствами – 12,5%, органическим астеническим расстройством – 18,1%. Психофизиологические тренинги все дети посещали с большим желанием. Наибольший интерес у детей вызывали занятия непосредственно с использованием компьютерной программы, особенно в анимационных режимах «Солнышко» и «Калейдоскоп».

В процессе занятий улучшалось психоэмоциональное состояние детей, они становились спокойнее и увереннее в себе, восстанавливалась способность «слышать», понимать и ощущать свое тело. Дети фиксировали и обучались умению воспроизводить чувство физического комфорта, расслабления, что является важным компонентом в профилактике психосоматических заболеваний. Успешность овладения навыками саморегуляции оценивалась по приросту температуры (разница между начальным и конечным значением температуры). Прирост температуры составлял от 0,6 до 5,00 ^{o}C (средний прирост составил 2,3 ^{o}C). Минимальный прирост температуры отмечался у детей с тревожными расстройствами, наилучшие результаты по овладению навыками саморегуляции продемонстрировали дети с хорошим уровнем интеллектуального развития.

Психопрофилактическая программа «Экватор» эффективна и может быть использована в комплексной реабилитационной поддержке детей с пограничными нервно-психическими расстройствами в условиях детских дневных психиатрических стационаров.

ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ СЛУЖБА КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Бочарова И.А., Злоказова М.В.

Кировская областная клиническая психиатрическая больница им. акад. В.М. Бехтерева,

Кировский государственный медицинский университет

Киров

В Кировской области психиатрическая помощь несовершеннолетним оказывается в амбулаторных условиях, дневном и круглосуточном стационарах. Имеется ряд особенностей, отличающих ее от других регионов. В частности, приказом главного врача КОГБУЗ «КОКПБ» от 11.01.2021 №1А/1 на базе учреждения был создан Центр психического здоровья детей и подростков (ЦПЗ), который объединил три подразделения больницы, оказывающих специализированную помощь детям г. Кирова и Кировской области: детское психиатрическое отделение, детский дневной психиатрический стационар на базе общеобразовательных школ (ДС №3) и детское диспансерное психиатрическое отделение.

Целью создания ЦПЗ являлось оказание комплексной специализированной психиатрической, психотерапевтической, психологической помощи детям и подросткам с психическими расстройствами и расстройствами поведения в амбулаторно-поликлинических, полустационарных и стационарных условиях. В задачи

работы ЦПЗ входят помимо оказания специализированной медицинской помощи детям проведение санитарно-просветительской и профилактической работы, оказание логопедической помощи несовершеннолетним, повышение эффективности терапии за счет улучшения взаимодействия подразделений и служб КОКПБ, оказывающих специализированную помощь детскому населению Кировской области. Важной задачей ЦПЗ является осуществление межведомственного преемственного взаимодействия с учреждениями Министерств образования и социального развития.

Сотрудники ЦПЗ - высококвалифицированные специалисты: детские и подростковые психиатры, в том числе с психотерапевтической подготовкой, психотерапевты, медицинские психологи, логопеды и медицинские сестры. Руководит ЦПЗ главный внештатный детский специалист психиатр Министерства здравоохранения Кировской области И.А. Бочарова. Создание ЦПЗ стало необходимым для снижения стигматизации и повышения обращаемости за психиатрической помощью детей и подростков.

Амбулаторное звено представлено участковой службой детского диспансерного психиатрического отделения Кировской областной клинической психиатрической больницы им. академика В.М. Бехтерева (КОКПБ), приемами врачей-психиатров детских и участковых в районных и городских поликлиниках медицинских организаций Кировской области. В 6 районах Кировской области в медицинских организациях введены в штатное расписание должности детских психиатров.

В г. Кирове, наряду с участковой службой КОКПБ, детские психиатры, работающие в детских поликлиниках Кировского детского городского клинического лечебно-диагностического центра, Кировской клинической больнице №5 оказывают специализированную помощь учащимся образовательных учреждений для детей с ОВЗ, первичную

специализированную помощь, участвуют в проведении диспансеризации и профилактических осмотров несовершеннолетних, прикрепленных по месту проживания к данным медицинским организациям.

Дети (до 15-летнего возраста) из районов области могут получить консультацию у областного детского психиатра детского диспансерного психиатрического отделения КОКПБ. Для подростков в возрасте от 15 до 18 лет функционируют городской и областной подростковые приемы на базе детского диспансерного психиатрического отделения КОКПБ.

Медицинская помощь пациентам, нуждающимся в медицинском наблюдении и лечении в дневное время, и не требующим круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, оказывается в дневном психиатрическом стационаре детском КОКПБ и на местах дневного пребывания логопедического поста в детском психиатрическом отделении КОКПБ. Для оказания психиатрической помощи детям с речевой патологией, проживающих в городе Киров, функционируют дневные места на базе психиатрического детского отделения КОКПБ.

Еще одной особенностью психиатрической службы г. Кирова является создание в 1993 г. ДС №3, который является структурным подразделением КОКПБ, при этом его помещения расположены на базе образовательных учреждений (на 175 мест). ДС №3 максимально приближен к детскому населению и оказывает помощь без отрыва ребенка от социума, способствуя интеграции детей в повседневную жизнь. При оказании помощи детям с ППР акцент ставится на психотерапию и психологическую коррекцию.

Стационарная психиатрическая помощь несовершеннолетним до 15-летнего возраста оказывается в детском психиатрическом отделении КОКПБ, несовершеннолетним старше 15-летнего возраста - в общих отделениях КОКПБ. Детское психиатрическое отделение является

единственным круглосуточным психиатрическим отделением для детей в Кировской области.

Таким образом, психиатрическая помощь детям и подросткам в г.Кирове и области характеризуется значительной приближенностью к населению за счет размещения подразделений КОКПБ на базе общеобразовательных школ и соматических поликлиник, ярко выраженной психопрофилактической направленностью, активным взаимодействием с учреждениями образования, социальной помощи, сохранением в своей структуре в достаточном количестве специалистов, оказывающих бесплатную логопедическую и психологическую помощь, что соответствует основным тенденциям развития современной детской психиатрии и способствует дестигматизации.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ДЕТСКОМ ДНЕВНОМ ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ, РАСПОЛОЖЕННОМ НА БАЗЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ

Бочарова И.А., Злоказова М.В.

Кировская областная клиническая психиатрическая больница им. акад. В.М. Бехтерева,

Кировский государственный медицинский университет,

Киров

Современный подход к разработке и организации реабилитационного процесса детям с психическими расстройствами основан, прежде всего, на междисциплинарном взаимодействии различных специалистов: психиатров, психотерапевтов, психологов, логопедов, педагогов и социальных работников. Кроме того, он должен осуществляться в условиях максимально приближенных к реальной жизни, что становится возможным при оказании специализированной -

психиатрической и психотерапевтической помощи в общеобразовательной школе.

Для проведения реабилитационной и психопрофилактической работы со школьниками с пограничными психическими расстройствами в г.Кирове с 1993 года функционирует детский дневной психиатрический стационар (ДДПС) на базе 6 общеобразовательных школ на 150 мест. ДДПС является отделением Кировской областной клинической психиатрической больницы им. академика В.М. Бехтерева (КОКПБ).

Задачами ДДПС являются: углубленная междисциплинарная диагностика психических и психосоматических отклонений в состоянии здоровья школьников; психологическая, логопедическая, психотерапевтическая и медикаментозная коррекция выявленных отклонений; консультирование, психотерапевтическая и психологическая помощь педагогам и родителям; психопрофилактическая работа.

Терапия детей и подростков с психическими расстройствами проводится на основе законодательства РФ, касающегося оказания психиатрической помощи, конвенции о правах ребенка и других официальных документов и основана на биопсихосоциальном подходе.

В ДДПС работают 5 врачей-психиатров, имеющих вторую специальность – «психотерапия», 3 врача имеют ученую степень кандидата медицинских наук; 4 клинических психолога, старший психолог имеет ученую степень кандидата психологических наук.

В ДДПС в 2018-2020 гг. ежегодно пролечивались от 616 до 908 человек. Набор на лечение проводится на консультативном приёме детского психиатра ДДПС, по направлениям участковых детских психиатров и психотерапевтов, по рекомендации психологов, жалобам педагогов и родителей. На лечение принимаются дети и подростки с психической патологией, которые могут удерживаться во время лечения

в социуме (эмоциональные и поведенческие расстройства, расстройства психического развития, нарушение активности и внимания, психическая патология в результате резидуально-органического поражения ЦНС, психосоматические заболевания и др.). Курс лечения составляет 1-1,5 месяца.

При поступлении проводится углублённое клиническое, психологическое, социальное обследование с целью уточнения диагноза и назначения лечения. На всех пациентов заполняется медицинская карта стационарного больного, составляется индивидуальная реабилитационная программа.

Для лечения детей с пограничными психическими расстройствами в ДДПС применяются: медикаментозная терапия, психотерапия, психологическая, логопедическая и педагогическая коррекция, психопрофилактика, массаж, лечебная гимнастика. Особое внимание уделяется работе с родителями. Основными принципами терапии являются: максимально раннее начало, комплексность, индивидуальность и систематичность. Медикаментозная терапия проводится по индивидуальной схеме в зависимости от ведущих психопатологических синдромов, её длительность зависит от психического состояния ребенка и при необходимости может осуществляться постоянно, т.е. и после окончания курса лечения в ДДПС.

Психотерапия направлена преимущественно на коррекцию эмоционально-волевых нарушений, которые отмечаются у большинства школьников с ППР. Предпочтение отдается игровым вариантам групповой психотерапии. В программе психотерапевтических занятий много шумных, подвижных игр, в которые дети играют с большим удовольствием. Для создания проблемных ситуаций на основе сказочных сюжетов и реальных ситуаций используется наглядный материал: игрушки, куклы-марионетки, картинки и т.д. После курса занятий

улучшаются адаптационные возможности школьников, стабилизируется эмоциональное состояние, они становятся более открытыми для общения, стараются высказывать свое мнение, активнее поднимают руку на уроках, улучшается поведение. Используются также когнитивно-поведенческая, арт-терапия, гипносуггестивная, рациональная. Наибольший эффект отмечается при проведении семейной психотерапии.

Также ежедневно с детьми осуществляется психологическая, педагогическая и логопедическая коррекция. Все пациенты занимаются лечебной гимнастикой, проводится массаж по показаниям.

Специалисты ДДПС (психиатр, психолог) проводят беседы с родителями об особенностях развития детей с ППР для формирования адекватного воспитательного подхода и соответствующей развивающей среды в семейных условиях.

Для профилактики дидактогений и сохранения психического здоровья педагогов важной составляющей работы ДДПС является индивидуальная и групповая психотерапевтическая работа с учителями.

Чаще всего лечатся в ДДПС пациенты с гиперкинетическими и поведенческими расстройствами, что обусловлено их частой дезадаптацией и необходимостью психотерапевтического и психокоррекционного сопровождения без отрыва от социума (2018 - 50,8%; 2019 – 51,9%; 2020 – 51,9%).

Процент пациентов со специфическими расстройствами психического развития практически не меняется в последние 3 года (2018 – 26,7%; 2019 – 27,4%; 2020 – 27,5%). Среди них в 2020 году были диагностированы расстройства аутистического спектра (РАС) у 6,4%. Число пациентов с РАС ежегодно увеличивается в связи с эффективностью психотерапевтической и психокоррекционной помощи (2017 – 1,8%; 2018 - 3,8%; 2019 - 4,4%).

Комплексную терапию в ДДПС также получали школьники с психическими расстройствами в результате органического поражения мозга (2018 – 11,1%; 2019 – 8,6%; 2020 – 7,8%), в том числе с органическим расстройством личности и поведения (2018 – 5,1%; 2019 – 2,5%; 2020 – 3,2%); пациенты с эмоциональными расстройствами детского возраста (2018 - 8,0%; 2019 – 7,0%; 2020 – 7,5%); невротическими расстройствами (2018 – 3,1%; 2019 - 2,8%; 2020 – 2,0%) и умственной отсталостью (2018 - 0,5%; 2019 - 1,8%; 2020 - 2,0%). В 2020 году пролечены в ДДПС 1 (0,1%) пациент с шизофренией, 2 (0,2%) - с расстройством пищевого поведения, 1 (0,1%) - с трихотилломанией.

Значительная доля пролеченных детей с ППР имеют социальную отягощенность – 26,7%. Наибольший процент детей, обратившихся в ДДПС, был из общеобразовательных классов - 51,6%, наименьший - из классов с углубленным изучением отдельных предметов - 6,8%.

Критериями эффективности проведенной терапии считаются: улучшение успеваемости (средний балл) и техники чтения, повышение умственной работоспособности, исчезновение или уменьшение невротических и неврозоподобных расстройств, снижение конфликтности, положительная динамика в показателях: теста словесно-логического мышления Переслени-Мастюковой; устойчивости внимания и работоспособности по корректурной пробе, уровня самооценки, снижении тревожности по тесту Захарова. В 2020 году наблюдалось улучшение в психическом состоянии и выздоровление после курса лечения в ДДПС у 95,8% пациентов (2018 – 97,4%; 2019 - 97,4%). Отсутствие изменений в психическом состоянии отмечено у 4,2% (2018 - 2,5%; 2019 - 2,5%). Пациенты, в состоянии которых не отмечено улучшения, выписывались из стационара по причинам госпитализации в соматические и инфекционные стационары, выводом на карантин по контакту с больными коронавирусной инфекцией, неявки на лечение из-

за низкой мотивации и отсутствия контроля за посещением пациентом ДДПС со стороны родителей.

Таким образом, биопсихосоциальная терапия детей с ППР в ДДПС в условиях общеобразовательной школы является эффективной и соответствующей требованиям современной детско-подростковой психиатрии. Деятельность ДДПС имеет также психопрофилактический характер и позволяет предупреждать возникновение невротических и личностных расстройств.

РАЗВИТИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В ДЕТСКОМ ДНЕВНОМ ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ, ФУНКЦИОНИРУЮЩЕМ НА БАЗЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ

Бочарова И.А., Злоказова М.В.

Кировская областная клиническая психиатрическая больница им. акад. В.М. Бехтерева,

Кировский государственный медицинский университет

Киров

Проблема сохранения психического здоровья школьников занимает в последние годы одно из ведущих мест в системе образования и медицине. Это связано с ухудшением интеллектуального, эмоционального состояния учащихся, с трудностями, возникающими при адаптации детей к школе вследствие увеличивающихся требований школьной программы и сохраняющихся в нашем обществе социальных проблем, что приводит в дальнейшем к различным поведенческим расстройствам. Для профилактики различных психических отклонений и оказания своевременной помощи детям школьного возраста при содействии департаментов здравоохранения и образования в городе Кирове в 1993

году был открыт первый детский дневной психиатрический стационар (ДДПС) на базе общеобразовательной школы.

Необходимость организации такой формы работы с детьми была вызвана тем, что дети с пограничной психической патологией не доходили до участковых психиатров своевременно, появляясь у врачей только при декомпенсации, значительном ухудшении состояния здоровья. В настоящее время в г. Кирове работают шесть таких стационаров при школах № 2, 9, 18, 21, 27, 61, находящихся в отдаленных от центра микрорайонах города Кирова, и один при детском саде № 159, которые объединены в одно отделение при Кировской областной психиатрической больнице им. В.М. Бехтерева. Образовательные учреждения обеспечивают материальную базу дневному стационару, Кировская клиническая психиатрическая больница им В.М. Бехтерева – штаты и медицинские услуги. ДДПС максимально приближен к детскому населению, и специалисты данного стационара оказывают квалифицированную психиатрическую, психотерапевтическую и психологическую помощь обратившимся без отрыва ребенка от социума, тем самым, способствуя интеграции детей в повседневную жизнь.

В отделении оказывается психотерапевтическая, психиатрическая, психологическая и психопрофилактическая помощь учащимся данных школ и их родителям. Ежегодно в детском дневном стационаре проходят лечение 700 школьников с различной пограничной психической патологией, практически все они нуждаются в психологической и психотерапевтической помощи. На лечение берутся дети с поведенческими, эмоциональными и интеллектуальными расстройствами, в последние годы отмечено увеличение количества школьников с девиантным поведением. До 94% детей после курса реабилитации выписываются с улучшением психического состояния,

3% - с полным выздоровлением. Кроме того, ДДПС являются консультативным центром для учащихся школ микрорайонов.

Существующая система оказания психотерапевтической помощи в ДДПС вырабатывалась в течение нескольких лет. В первые годы работы стационара психотерапевтическая помощь в детском дневном стационаре оказывалась в минимальном объеме, акцент был сделан на медикаментозное лечение и психологическую коррекцию имеющихся отклонений у детей. При этом эффективность лечения детей, получивших психотерапевтическое лечение, была выше, чем у детей, не прошедших психотерапию. Организацию психотерапевтической помощи в стационаре можно разделить на 3 этапа.

1. Начальный этап (1993-1998 гг.). В течение первых 5 лет функционирования стационара психотерапевтическая работа врачей строилась на личном энтузиазме. При этом значительную роль в активном внедрении методов психотерапии в работу с детьми сыграла первая заведующая ДДПС – Наталья Ивановна Клековкина. Проводилась индивидуальная психотерапия, активно использовались релаксационные методики, были попытки провести групповые занятия. На этом этапе врачам не хватало опыта, теоретических основ психотерапевтической работы.

2. Этап активного внедрения психотерапевтической помощи в стационаре (1998–2006 гг.). Начало данного периода совпадает с обучением врачей-психиатров стационара на выездном цикле кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургской медицинской академии им. И.И. Мечникова, где были даны как теоретические, так и практические основы психотерапии. После данной учебы 65% врачей стационара получили вторую специальность «Психотерапия». В этот период активно внедрялись новые формы работы. Использовались все формы проведения психотерапии и методики различных направлений

психотерапии, увеличилось число детей, получивших психотерапевтическую помощь в стационаре. Отрицательными моментами этого периода явились разобщенность психотерапевтов, отсутствие супервизорской работы в стационаре и профилактики эмоционального сгорания врачей.

3. Современный этап (2007-2008 гг). Происходит дальнейшее совершенствование работы психотерапевтов путем проведения обучающих семинаров, на которых происходит обмен опытом психотерапевтической работы врачей стационара и отработка новых психотерапевтических методик специалистами стационара. В 2007 году акцент был сделан на проведение семейной психотерапии. С января 2008 года организована работа Балинтовской группы. Врачи стационара постоянно повышают свою квалификацию на циклах усовершенствования по специальности «Психотерапия».

В настоящее время уровень оказания психотерапевтической помощи в детском дневном стационаре значительно вырос. Используются различные формы работы с пациентами. При этом охват психотерапевтической помощью пациентов является достаточно высоким. Так, по итогам 2007 года, 94% детей, прошедших курс лечения в ДДПС, получали психотерапевтическое лечение. Помимо больных, находящихся на стационарном лечении, врачи оказывали психотерапевтическую помощь амбулаторно. Всего за год психотерапевтическая помощь была оказана 700 пациентам.

Таким образом, психотерапевтическая работа в детском дневном психиатрическом стационаре является важной составляющей качественного лечения пациентов, способствующего их адаптации в социуме и являющегося профилактикой девиантного поведения.

ПРИМЕНЕНИЕ АРТ-ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Бояринцев С.А.

КОГБУЗ КОКПБ им. академика В.М. Бехтерева

Киров

Отделение психотерапии было организовано на базе Кировской областной клинической психиатрической больницы им. акад. В.М. Бехтерева в 2013 году. Оказание полипрофессиональной помощи пациентам с пограничными психическими расстройствами основано на биопсихосоциальном подходе. Одной из главных трудностей, с которыми пришлось столкнуться при работе с пациентами отделения психотерапии, стала, проблема, связанная с неумением выразить эмоции, что часто является барьером для эффективного взаимодействия врач-пациент, может приводить к искажению информации, важной для процесса лечения, усиливать внутриличностные конфликты, усугубляя состояние пациента.

Для преодоления алекситимии в отделении применялась арт-терапия, использующая возможности изобразительного искусства в сочетании с лечебными факторами, связанными с отношениями пациента со специалистом и группой. В работе с пациентами арт-терапия применялась в качестве дополнительного воздействия в составе комплексного лечения, предпочтение отдавалось тематически-ориентированной группе, учитывая ограниченные сроки терапии и открытость арт-терапевтической группы.

Цели арт-терапевтической работы – улучшение навыков эмоциональной грамотности, снижение уровня алекситимии, повышение эмоционального интеллекта. Исходя из цели, перед нами встали следующие задачи:

1) развитие и поддержание навыков эмоциональной грамотности;

2) сенсорная стимуляция и эмоциональное оживление пациентов;

3) создание условий для отреагирования чувств и переживания положительных эмоций, связанных с творческой активностью и ее результатами;

4) снижение уровня тревожности, возникающего в терапевтическом процессе;

5) поддержку и развитие коммуникативных навыков,

6) формирование адекватной самооценки.

Групповые арт-терапевтические занятия продолжительностью 1,5 часа проводились 2 раза в неделю в комнате релаксации. Лечащие врачи направляли пациентов на арт-терапию с учетом диагноза и психического состояния, однако вопрос о посещении занятий решался добровольно.

Тематический подход помогал участникам включиться в работу группы и чувствовать себя более свободно в рамках заданной темы, обеспечивая ощущение психологического комфорта. Тема занятия предлагалась самими участниками группы, исходя из их потребностей, текущих впечатлений, настроения и т.д. и корригировалась психологом в рамках решения текущих задач. Этому, как правило, предшествовала дискуссия, позволяющая выяснить наиболее актуальные и близкие большинству участников группы проблемы. Используемые материалы и техники работы включали: рисование, живопись, метафорические карты, техники сказкотерапии. Для усиления эмоционального включения пациентов использовалось тематическое музыкальное сопровождение каждого занятия. По окончании творческой части занятия с согласия пациента работа могла быть показана остальным участникам группы для обсуждения впечатлений от нее. В некоторых случаях, при отказе от группового обсуждения, работа могла обсуждаться индивидуально.

Одна из техник, применяемых нами в процессе занятий – раскрашивание мандал. Нашим пациентам часто сложно выражать свои

чувства, активно проявлять творческую фантазию, а метод мандал позволяет им легче войти в процесс, понять и выразить эмоции. При обсуждении психолог помогал сформулировать чувства, эмоции и переживания, испытываемые пациентом.

Для снижения тревожности, поднятия настроения использовались различные ресурсные техники, например, «Ресурсное место». Пациенты рисуют реальные места, где им было хорошо, спокойно, комфортно, место, где они испытывали положительные эмоции.

Понимание внутренних переживаний, эмоций, которые испытывали пациенты, улучшается при применении техники «Как я чувствую себя здесь и сейчас». Для пациентов она являлась достаточно сложной, требующей помощи ведущего группы. Еще одна трудность, с которой мы столкнулись в процессе работы – это дифференциация чувств. Пациенты зачастую, рассказывая о своих негативных переживаниях, не могли конкретизировать, что они чувствовали: «Как-то нехорошо стало, плохо». В этом случае мы использовали технику «4 эмоции». Пациент рисовал страх, злость, радость и счастье. В процессе проговаривания нарисованного, как правило, происходило обсуждение ситуаций и способов снижения негативного воздействия. Еще одна из часто используемых нами техник – это рисование того, что приносит радость. Техника помогает снять тревожность, поднять настроение, испытать положительные эмоции как в процессе рисования, так и в процессе обсуждения.

Арт-терапия является частью биопсихосоциального лечения, куда входят медикаментозное лечение, социотерапия, противотревожный телесно-ориентированный тренинг, тренинг позитивного мышления, релаксационные мероприятия, поэтому оценить эффективность арт-терапевтического воздействия достаточно сложно. Мы опирались на субъективные методы оценки результатов: отзывы пациентов, беседы с

врачом и медперсоналом по состоянию пациента до и после занятий, ведение дневников самонаблюдения. Активность на занятиях также была критерием оценки.

В целом, занятия арт-терапией показали, что пациентам интересно, на занятия они приходят с большим желанием, активно работают, субъективное получение удовольствия снижает тревогу, в отделении они более спокойны, чем обычно. Анализ дневников самонаблюдения показал, что пациенты, участвующие в арт-терапевтических занятиях подробнее и точнее при описании своих чувств, эмоций и переживаний, чем не участвующие, при беседе с врачом испытывают меньше трудностей при формулировании своего состояния. Эти данные позволили нам сделать вывод об эффективности применения арт-терапии в условиях стационара и необходимости продолжения работы в этом направлении.

ПСИХОТЕРАПИЯ В ГРУППЕ НА ЭТАПЕ МОТИВАЦИИ НЕВРОТИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

Бояринцев С.А., Юферева Т.Л.

КОГБУЗ КОКПБ им. академика В.М. Бехтерева

Киров

Мотивация на проведение психотерапии – один из важнейших элементов в лечении невротических расстройств. Из определения В.Н. Мясищева: «Невроз – это функциональное, психогенное нервно-психическое заболевание, вытекающее из тяжелых переживаний личности, неразрывно связанных с условиями ее жизни, излечение наступает, если удается изменить систему отношений больного в целом, когда изменяются в широком плане его жизненные позиции и установки» - следует, что психотерапия данных заболеваний –

достаточно сложный и длительный процесс, который, к сожалению, невозможно реализовать в полной мере в условиях стационара, в том числе и в связи с недостаточной мотивированностью пациентов на психотерапевтическую работу.

На лечение в отделение психотерапии на базе Кировской областной психиатрической больницы им. акад. В.М. Бехтерева поступают пациенты с невротическими, неврозоподобными и другими пограничными психическими расстройствами, как правило, не имеющие или имеющие слабое понятие о психотерапии, ориентированные в большей степени на медикаментозное лечение, настроенные на снятие симптомов заболевания, а не на разрешение внутренних противоречий, приводящих к заболеванию. Поэтому на начальном этапе лечения необходимо уделять значительное внимание вопросам мотивации на психотерапию, психообразования и психопрофилактики.

Для этого в отделении существуют индивидуальные психотерапевтические встречи с психотерапевтами, клиническими психологами, в ходе которых проводится анализ особенностей личности и поведения пациента, приведших к жизненным проблемам и возникновению симптомов, школа здоровья (информирование о закономерностях психической жизни человека), малые психотерапевтические группы и большая группа (дает возможность поделиться собственным опытом, увидеть и почувствовать отклик окружающих на свои убеждения и свое поведение). Через эти разносторонние воздействия мы стремимся пошатнуть убеждение в случайности произошедшего, сместить внешне обвиняющую позицию на интерес к исследованию собственного поведения, чувств, мыслей с формированием возможности пациента активно участвовать в изменениях своей жизни в нужную ему сторону. Имеющаяся в отделении психотерапевтическая среда позволяет проверить эту информацию.

Значительную роль в психотерапии пациентов имеет малая психотерапевтическая группа, при организации которой в условиях стационара ставились следующие цели: определение и помощь в решении проблем личностного уровня, связанных с возникновением заболевания, госпитализацией, адаптацией после выписки, сложными ситуациями в семье и на работе. Исходя из данных целей, при проведении групповой психотерапии мы стремились к отреагированию негативных эмоций (тревоги, напряженности, страха, стыда и т.д.); созданию безопасного пространства, где волнующие переживания могут быть свободно выражены и приняты; к тому, чтобы пациент осознал наличие взаимосвязи между возникновением психических переживаний и состоянием здоровья; дать поддержку, повысить самооценку пациента, показать ценность его жизненного опыта; расширить его представления о себе и показать связь проблем пациента с присущими ему дезадаптивными моделями поведения.

В связи с особенностями пребывания пациентов в стационаре (поступают на короткий срок, часто в состоянии выраженной тревоги, депрессии), малая психотерапевтическая группа в составе 8-12 человек носит открытый характер, проходит два раза в неделю, длительностью по три с половиной часа. Из них два с половиной часа – это непосредственно работа в группе, и последний час – это завершающий шерринг, когда пациенты делятся теми чувствами, которые были ими испытаны в ходе групповой работы. Участие в группе носит добровольный характер, специалисты отделения только рекомендуют пациентам данный вид терапии.

Открытость группы предполагает постоянное обновление участников в ходе терапии. Преимущество данного вида групповой работы в том, что группа работает стабильно: те, кто готовы работать в группе, активно ее посещают, а если кто-то из пациентов решил прервать

терапию, либо подошло время выписки из стационара, то новые участники позволяют сохранить достаточное число членов группы. Еще одно преимущество такой группы в том, что пациенты, уже участвующие в групповом процессе, глядя на вновь пришедших, легче видят свои изменения («а ведь я раньше таким же был!») и по привычке не обесценивают свои достижения, а новички вдохновляются изменениями старожилов группы.

Главной задачей ведущего группы является создание и поддержание терапевтической среды, кроме того, он осуществляет контроль временных границ работы группы, способствует соблюдению групповых правил и норм, стимулирует активность участников группы, помогает им формулировать вопросы, мысли, определять и выражать чувства. Оптимальный вариант ведения группы - в паре с ко-терапевтом, разделяя между собой терапевтические задачи.

В силу ограниченности сроков госпитализации, пациент может посетить максимум 28 групповых часов, т.е. 8 занятий, что соответствует временным рамкам краткосрочной психотерапии и ограничивает глубину терапевтического вмешательства. Такие группы успешней проходят при наличии в них участников, поступивших в отделение повторно, уже имеющих опыт групповой и/или индивидуальной психотерапии, получивших опыт совладания с трудными ситуациями, изменений привычного неадаптивного поведения и пришедшими в стационар за новыми навыками, решениями, осознаниями. Они показывают пример открытости, искренности, готовности к работе с тяжелыми переживаниями. К сожалению, такие пациенты оказываются в стационаре редко, т.к. они в последствии могут получать необходимую помощь амбулаторно.

Таким образом, задача специалиста на мотивационном этапе психотерапии заключается в бережном подведении пациента к вопросу о

собственной роли в изменении ситуации, жизни, пробуждении интереса к особенностям его личности и позитивном подкреплении первых шагов на пути формирования нового адаптивного поведения. В этом процессе важно не торопиться, не напугать пациента трудностью поставленной задачи, делить её на отдельные, посильные этапы, терпеливо идти за пациентом в удобном для него темпе, отмечая и поощряя каждое его усилие в психотерапевтической работе, воодушевляя на новые изменения.

ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ С ДНЕВНЫМ СТАЦИОНАРОМ (ЦЕНТР ПСИХОТЕРАПИИ И СЕКСОЛОГИИ)

Булатова Т.В.

КОГБУЗ КОКПБ им. академика В. М. Бехтерева

Киров

Первый психотерапевтический кабинет для приема амбулаторных пациентов был организован и оборудован в 1988 году на базе диспансерного отделения Кировской областной психиатрической больницы. Замечательный специалист – врач-психотерапевт Владимир Петрович Кондратюк начал постоянный прием пациентов с невротическими расстройствами. Он создал и оборудовал в диспансерном отделении современный психотерапевтический кабинет для проведения индивидуальных и групповых сеансов. К великому сожалению, через два года тяжелая болезнь оборвала жизнь В.П. Кондратюка, но психотерапевтический кабинет в диспансерном отделении продолжал функционировать до 01.01.1992 года.

В сентябре 1991 года по инициативе главного психиатра Областного отдела здравоохранения администрации Кировской области

В.И. Багаева и заведующего наркологическим диспансером В.Б. Родина в соответствии с приказом Областного отдела здравоохранения Кировской области № 991 от 13.08.1991 в г. Кирове был создан Центр психотерапии и сексологии. Главным врачом был назначен Виктор Борисович Родин.

Центр был открыт в бывшем помещении наркологического отделения №4 Кировского областного наркологического диспансера и располагался в промышленной зоне за заводом «Авитек» в одноэтажном деревянном здании. В Центре работали 4 психотерапевта, осуществлявшие амбулаторный прием пациентов с невротическими и другими непсихотическими расстройствами (СЕ.П. Жучихина, Г.С. Тюмина, Е.М. Пластееав, Т.В. Булатова), 2 психолога (Е.Д. Кошкарова и Е.Г. Светлова), был организован дневной стационар на 25 мест, заведующим которого была назначена Г.С. Тюмина. Также в Центре были открыты 2 сексологических кабинета, в которых вели прием В.Б. Родин, К.В. Суслов и гинеколог М.М. Красавицкая, кабинет фитотерапии, в котором работала Г.В. Грель, кабинет иглорефлексотерапии, где работал А.М. Порхачев. Кроме того, в состав Центра вошли психотерапевты, осуществлявшие прием в областной клинической больнице (К.А. Роммер) и областном кардиологическом диспансере (Е.М. Пластеева). Специалисты Центра оказывали психотерапевтическую помощь пациентам Областного госпиталя ветеранов войн и клиники НИИ гематологии и переливания крови.

В Центре ежемесячно проводились клинические разборы сложных пациентов, в которых принимали участие психотерапевты, психиатры, психологи и другие специалисты Центра. Было организовано общество психотерапевтов, в заседаниях которого участвовали психотерапевты, психиатры, психологи, психиатры-наркологи, в том числе и частнопрактикующие врачи. В Центре присутствовала творческая атмосфера и теплое внимательное отношение к пациентам.

Специализированная психотерапевтическая помощь детям начала осуществляться с 1992 года. Первым детским психотерапевтом была Наталья Ивановна Клековкина, которая в последующем стала одним из организаторов и первой заведующей детского дневного стационара на базе общеобразовательных школ. В последующем было подготовлено несколько детских психотерапевтов, которые оказывают амбулаторную психотерапевтическую помощь.

В 1994 г. Центр был переведен в центральную часть города на территорию по адресу г. Киров, ул. Энгельса (ныне – Преображенская), д. 82, и вошел в состав амбулаторной службы Кировской областной клинической психиатрической больницы как психоневрологическое поликлиническое отделение с дневным психотерапевтическим стационаром. В последующие годы значительно увеличился штат врачей психотерапевтов, дневной стационар был расширен до 50 мест. Были организованы приемы детских психотерапевтов. К 2012 г. в психоневрологическом поликлиническом отделении амбулаторный прием осуществляли 9 психотерапевтов, 4 психолога, 2 логопеда, врач-сексолог. Все специалисты прошли сертификационную подготовку на факультетах последипломного образования ведущих научно-исследовательских и образовательных центров Санкт-Петербурга и Москвы.

Для приближения психотерапевтической помощи к населению г. Кирова были организованы психотерапевтические кабинеты в 7 территориальных поликлиниках, где вели прием врачи психоневрологического поликлинического отделения.

Продолжалась активная подготовка психотерапевтов, что дало возможность организовать кабинеты психотерапевтов в 6 областных медицинских учреждениях, увеличить количество психотерапевтов в психиатрических больницах Кировской области и медицинских организациях непсихиатрического профиля.

Начавшиеся в 2000-х годах изменения в системе здравоохранения РФ отразились на состоянии психотерапевтической службы в стране: в 3 раза сократилось количество психотерапевтических кабинетов, начался стремительный отток специалистов из государственной системы здравоохранения. Аналогичные процессы происходили и в нашем регионе: значительно сократилось количество психотерапевтических кабинетов в поликлиниках г. Кирова, но увеличилось их число в частных медицинских центрах.

С января 2017 г. психоневрологическое поликлиническое отделение вошло в состав диспансерного психиатрического отделения Кировской областной клинической психиатрической больницы им. академика В. М. Бехтерева. Количество психотерапевтов значительно уменьшилось, в настоящее время амбулаторный прием ведут 4 психотерапевта.

Существующая ситуация в стране и в обществе в целом требуют развития, расширения и доступности психолого-психотерапевтической помощи населению. Подготовка психотерапевтов достаточно длительна, трудоемка, требует финансовых затрат со стороны медицинской организации и самого специалиста. В настоящее время проходят обучение по психотерапии 4 специалиста.

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АНТРОПОЛОГИЯ - НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ

Воскресенский Б.А.

РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Москва

Актуальность. Выдающийся ученый В.М. Бехтерев рассматривал человека - и больного, и здорового - во всей его полноте - как существо

социальное, психическое и телесное. Его подход актуален и в наши дни - биопсихосоциальная модель психических расстройств стала основой для подавляющего большинства теоретических исследований и практической деятельности в психиатрии. Но «психо» в ней почти всегда рассматривается как эпифеномен «биологического» или как реакция «социального». В лечебно-диагностическом процессе это ведет к редукционизму -биологизации или психологизации-морализации.

Причина этих разночтений - невозможность содержательно осмыслить взаимодействие материального и психического начал. Как говорили в данные времена, сущность нашего ума ускользает от нас.

Цель исследования - попытка установить реальность-автономность психических процессов как своеобразного нематериального субстрата психической активности в здоровом и больном состоянии. Метод - анализ гуманитарно-антропологических концепций.

Результаты и обсуждение. Сначала укажем, что, занимаясь проблемой «религиозность и психические расстройства», мы предпочитаем несколько иную терминологию - дух-душа-тело - трихотомическую концепцию личности. В отечественную психиатрию она была введена профессором Д.Е. Мелеховым (1997), а заимствована им из христианской антропологии. Она упоминается (не в столь развернутой форме) и некоторыми другими психиатрами. В отличие от биопсихосоциальной рядоположенности, она структурирована иерархически, что придает ей большую динамичность.

Тело - это органы и системы органов в их взаимодействии и взаимосвязи. В случаях патологии это поле деятельности врачей-интернистов. Дух - сфера ценностей, это то, что человек ставит выше себя, ради чего он живет. Это сфера компетенции священнослужителей, служителей искусства, закона, политиков, педагогов и т. д.

Для обоснования реальности-самостоятельности душевных (психических в узком смысле) процессов мы использовали концепцию «естественного семантического метаязыка» А. Вежбицкой (2001). Она позволяет утверждать, что, несмотря на свою неосязаемость, душевные-психические процессы - не умозрительные категории, а несомненная реальность человеческого существования. В человеческой психике они зафиксированы как слова-переживания «видеть», «слышать», «чувствовать», «думать», «делать» и т. д. Рядом с ними стоят слова «жить» и «умирать», которые экзистенциально-антропологически указывают вектор земного человеческого существования, что в медицинском, клиническом контексте преобразуется в понятие болезни как особого изменения, регресса, распада до того нормальных, здоровых-сохранных структур и функций (во «внутренней» медицине это воспаление, опухоли, атрофии и т.д.). Таким образом понятие болезни и сам разрушительный процесс, повторим, через слово «умирать» уже заложены в человеке. По этому же универсальному пути движутся и психические-душевные процессы. (Сказанным не отрицается важнейшая роль головного мозга в осуществлении психической деятельности. Но вместе с тем психические (душевные) процессы-переживания не могут быть, по нашему мнению, полностью переведены на язык анатомии и физиологии). Но при психических расстройствах они проявляются как совсем новые, совершенно особые «видеть», «слышать», «думать» и проч. (соответственно, зрительные и слуховые галлюцинации, бред и т. д.) и/или как выпадение нормальных психических процессов - это и есть продуктивная и негативная психопатологическая симптоматика.

Подчеркнем, что основная арена, на которой разыгрывается психическое заболевание - это душевные процессы. Но внешне их болезненное преобразование нередко обнаруживает себя как изменение духовного облика. Вдруг (или постепенно) меняются интересы,

привязанности, идеалы, образ жизни, новые, необычные свойства обретает религиозно-мистический опыт. В ходе диагностического обследования врач-психиатр пытается увидеть -посредством своих профессиональных знаний - за этими переживаниями и поступками галлюцинации, бред, депрессию, нарушения сознания и т. п., то есть нарушения в круге душевных процессов. Психикой врача познается психика больного. Диагностическое мышление психиатра представляется правомерным определить как образное - сопоставляется-сравнивается психический-душевный облик-образ больного до заболевания (преморбид) и его преобразование в ходе болезни.

Если такое преобразование не удается, то предположение о душевном расстройстве следует отвергнуть, как бы непонятны, вызывающи или устрашающи не были переживания и поступки обследуемого. Оценить (и в необходимых случаях их корригировать) вправе люди духовного (в самом широком смысле) призвания -священнослужители, деятели искусства, педагоги, юристы, политики. Говоря другими словами, понятия нормы - религиозной, национальной, правовой, обыденной статистической не совпадают. При таком подходе психиатрическое понятие нормы оказывается еще более широким, даже безбрежным. Психиатрическая норма психического здоровья - это отсутствие болезни. Такое «негативное» или, выражаясь богословски, апофатическое определение не есть апология незнания, оно подразумевает, что человек - существо прежде всего духовное, безграничное в своих творческих возможностях.

Выводы. Обособить, теоретически обосновать реальность душевных-психических процессов позволяет трихотомическая концепция личности в сопряжении с «языковой моделью человека». (Сказанным не отрицается взаимосвязь и взаимозависимость всех компонентов трихотомии). В клинико-диагностическом плане она позволяет четче отвечать на вопросы о соотношении веры и болезни,

«гениальности и помешательства», преступности и психических аномалий, инакомыслия и психического расстройства, о норме психического здоровья. В ней содержатся большие реабилитационно-дестигматизационные возможности.

Клиническая психиатрия - это психиатрия, изучающая переживания человека, страдающего психическим расстройством. В то же время, она - одна из форм размышлений о сущности человека, о его конечности и свободе, о соотношении идеального и материального.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ – ПРОФИЛАКТИКА ПРАВОНАРУШЕНИЙ СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Вострых Д.В., Зорохович И.И, Кирина Ю.Ю., Лопатин А.А., Люлина И.Л., Никитин П.И.

ГБУЗ "Кузбасский клинический наркологический диспансер",

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Кемерово

Важным аспектом в профилактике правонарушений несовершеннолетних является раннее выявление потребителей наркотических средств среди детей и подростков. В связи с этим, эффективное выполнение требований Федеральных законов Российской Федерации от 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах», от 24.06.1999 №120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», приказов Министерства просвещения Российской Федерации от 20.02.2020 № 59 «Об утверждении Порядка проведения социально-психологического тестирования обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях», Министерства науки и высшего

образования Российской Федерации от 20.02.2020 № 239 «Об утверждении Порядка проведения социально-психологического тестирования обучающихся в образовательных организациях высшего образования», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.10.2014 №581н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ» в настоящее время является дополнительной мерой по противодействию распространению наркотической зависимости среди несовершеннолетних и молодежи.

Государственный антинаркотический комитет (ГАК), обсудив реализацию положений законодательства Российской Федерации по раннему выявлению незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, признал необходимость введения обязательного социально-психологического тестирования и профилактических медицинских осмотров обучающихся образовательных организаций.

Для этого Министерству образования и науки Российской Федерации совместно с Министерством здравоохранения Российской Федерации было поручено подготовить и внести на рассмотрение ГАК проекты нормативных правовых актов, предусматривающих внесение изменений в законодательство Российской Федерации в части установления обязательности мероприятий в целях раннего выявления наркопотребителей, проект «дорожной карты», предусматривающей организационное, информационное и методическое сопровождение указанных мероприятий, а также обеспечить применение единой методики проведения социально-психологического тестирования и ее апробацию.

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

Протоколом заседания антинаркотической комиссией Кемеровской области (от 26.03.2019 № 1) утвержден алгоритм действий общеобразовательных организаций и профессиональных образовательных организаций, а так же образовательных организаций высшего образования по организации мероприятий раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ среди обучающихся, проводимых совместно с медицинскими наркологическими организациями, подведомственными департаменту охраны здоровья населения Кемеровской области («Дорожная карта»), включающий в себя несколько этапов, а именно:

1) информационно-коммуникационная компания с родителями или иными законными представителями обучающихся и мотивационной работы с обучающимися в образовательных организациях для повышения активности участия и снижения количества отказов от социально-психологического тестирования и профилактических медицинских осмотров обучающихся;

2) социально-психологическое тестирование;

3) обработка и анализ результатов для формирования итогового акта результатов социально-психологического тестирования;

4) составление списка образовательных организаций, участвующих в проведении профилактических медицинских осмотров обучающихся, исходя из численности обучающихся, имеющих риск

потребления наркотических средств и психотропных веществ, на основании итогового акта результатов социально-психологического тестирования;

5) профилактические медицинские осмотры обучающихся;

6) подведение итогов проведения в образовательных организациях мероприятий по раннему выявлению незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ обучающимися.

Социально-психологическое тестирование в образовательных организациях Кемеровской области было проведено сотрудниками ГОО «Кузбасский региональный центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Здоровье и развитие личности» и специалистами подразделений наркологической службы Кемеровской области, в соответствии с приказом департамента образования и науки Кемеровской области от 16.09.2019 № 1732, в период с 01 октября по 30 ноября 2019 года. Социально-психологическое тестирование проведено с использованием автоматизированной программы, разработанной ГОО «Кузбасский региональный центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Здоровье и развитие личности», с целью выявления группы обучающихся, имеющих психологические факторы риска развития зависимого поведения (в том числе возможного вовлечения в употребление наркотических средств и психотропных веществ). Применение автоматизированной программы позволило провести тестирование в более сжатые сроки (с учетом карантина по гриппу в феврале 2019). Тестирование проведено с соблюдением условий о полной конфиденциальности (согласно законодательству РФ), что значительно сократило количество отказов (как со стороны родителей/законных представителей, так и обучающихся) от участия в тестировании.

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

В социально-психологическом тестировании обучающихся образовательных организаций Кемеровской области приняли участие учащиеся общеобразовательных и профессиональных образовательных организаций. Социально-психологическое тестирование не проводилось в образовательных организациях высшего образования и начальных школах. Общее количество обучающихся общеобразовательных организаций: 143 171 человека, из них прошло тестирование 139 979 (93%) учащихся, оформили отказы 3 404 (2,5%).

По результатам проведенного социально-психологического тестирования в Кемеровской области были сформированы группы обучающихся, общей численностью 5 998, подлежащих профилактическому медицинскому осмотру. По итогам проведенного анкетирования будет решен вопрос внедрения данной методики в субъектах Российской Федерации.

Таким образом, внедрение единой методики социально-психологического тестирования обучающихся общеобразовательных организаций, профессиональных образовательных организаций и организаций высшего образования внесет существенный вклад в профилактику правонарушений среди несовершеннолетних.

АНАЛИЗ МОНИТОРИНГА СМЕРТНОСТИ, СВЯЗАННОЙ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И СПИРТОСОДЕРЖАЩЕЙ ПРОДУКЦИИ, В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2020 ГОДУ

Вострых Д.В., Зорохович И.И., Лопатин А.А., Самсонова Г.М., Селедцов А.М.

ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер»,
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Кемерово

По итогам 2020 года в Кемеровской области продолжает сохраняться положительная тенденция снижения заболеваемости и болезненности основными наркологическими расстройствами среди населения региона. По предварительным данным территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Кемеровской области (Кемеровостат) за 12 месяцев 2020 года в регионе (по сравнению с аналогичным периодом 2019 года) снизилось число умерших от причин смерти, обусловленных употреблением наркотических средств, на 11,9%; число умерших от причин смерти, связанных с алкоголем, осталось на прежнем уровне.

Число пациентов, снятых с диспансерного наблюдения наркологическими подразделениями Кемеровской области в связи со смертью, за сравниваемые периоды с синдромом зависимости от

алкоголя снизилось на 3,0%, а с синдромом зависимости от наркотических средств – на 2,5 %, в том числе в связи со смертью от завершенных суицидов снизилось в 5 раз, от несчастных случаев и передозировок наркотическими средствами – в 2 раза. При этом число пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, выбывших из стационарных отделений в связи со смертью, уменьшилось на 33,3%.

Относительно стабильная ситуация в Кузбассе наблюдается с обеспеченностью врачами психиатрами-наркологами амбулаторно-поликлинического и стационарного звеньев наркологической службы региона. Несмотря на позитивные изменения в части показателей смертности среди лиц с наркологическими расстройствами, в Кузбассе сохраняются проблемы, связанные с уровнем смертности от причин, вызванных употреблением алкоголя. Так, число пациентов с психотическими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, снятых с диспансерного наблюдения наркологическими подразделениями Кемеровской области в связи со смертью, увеличилось в 2020 году в 1,9 раза по сравнению с показателем 2019 года.

В целях повышения качества и доступности для населения региона медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология», улучшения качества жизни наркологических пациентов за счет профилактики срывов и увеличения срока ремиссий, улучшения демографической ситуации в регионе путем снижения уровня распространенности наркологических расстройств необходимы следующие мероприятия:

- реализация Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации на период до 2030 года, утвержденных региональных планов мероприятий («дорожных карт») по профилактике психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ, по снижению уровня наркотизации населения Кемеровской области, по снижению масштабов

злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма среди населения Кузбасса, региональной программы «Укрепление наркологической службы Кемеровской области-Кузбасса на 2020-2024 годы»;

- эффективное взаимодействие подразделений региональной наркологической службы с первичным звеном здравоохранения по раннему выявлению лиц с наркологическими расстройствами и по вопросам формирования среди населения приверженности к ведению здорового образа жизни;

- совершенствование механизмов межведомственного взаимодействия областной наркологической службы с заинтересованными ведомствами и структурами с целью профилактики наркологических расстройств, включая своевременное получение достоверной информации о состоянии здоровья (смерти) лиц, употребляющих психоактивные вещества;

- соблюдение порядка, стандартов, клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» специалистами наркологических диспансеров и подразделений наркологической службы региона и повышение качества диспансерного наблюдения пациентов с наркологическими расстройствами;

- улучшение кадрового потенциала всех подразделений областной наркологической службы;

- дальнейшее развитие и улучшение материальной базы наркологических медицинских организаций и наркологических подразделений медицинских организаций региона;

- увеличение финансирования региональной наркологической службы за счет средств областного и федерального бюджетов для оснащения и приобретения оборудования в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология».

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСПО-ТЕРАПИИ

Гаврилов В.В., Садкова Ю.С.

Кировская областная клиническая психиатрическая больница им. акад. В.М. Бехтерева

Киров

Экспо-терапия – это организация выставок работ человека как одна из форм социальной поддержки, помогающая осознать свою ценность и значимость.

История публичного включения творчества душевнобольных в художественное пространство, как минимум, известна с 1912 года, когда Василий Кандинский представил несколько рисунков на Мюнхенскую выставку «Синий всадник». Вероятно, он сумел разглядеть в психопатологический экспрессии нечто более значительное, чем просто графические отголоски «патоса». В 2009 году на международной 3-й Биеннале современного искусства в ЦСК «Гараж» (Москва), не выбиваясь из единого художественного ряда выставки, органично смотрелась графика Александра Лобанова. Демаркационной линии между искусством «больных и здоровых» не существует. Экспозиции уникальных работ авторов с психиатрическим опытом порождают разнообразные, нередко настороженные зрительские впечатления, если судить по обсуждениям в выставочных залах, записям в книгах отзывов, репортажам в СМИ, ответам в анкетах, а также, по дискуссиям на научных диспутах, организованных в рамках выставочных проектов. Восприятие произведений зависит от культурно-социального контекста, характерного для того или иного временного периода, выбора места выставки и тщательного выбора работ. Процесс отбора, в свою очередь, согласуется с задачами организаторов / кураторов выставки, сориентированных с планируемыми рамками социо-реабилитационного или художественного проекта.

В России в конце XX века безусловно родственные, по ряду причин практики: арт-терапия и аутсайдер-арт заявили о себе практически одновременно. Благодаря стараниям складывающейся национальной «Арт-терапевтической ассоциации» из Санкт-Петербурга, клиническая арт-терапия стала восприниматься равноправным психотерапевтическим методом. В это же время в Москве происходил процесс легитимизации искусства аутсайдеров, организовался «Музей творчества аутсайдеров». С обеих позиций наблюдались взаимные шаги по организации первых публичных выставок душевнобольных.

При явной доброжелательности устроителей (большинство из которых врачи), просматривался оттенок милосердного патернализма, что отражалось и в названиях проектов: «Мы тоже творим» и тому подобное. Большинство выставок 90-х, если и ориентировались на художественные достоинства представленного материала, то он скорее сопоставлялся с традициями фигуративной живописи («рисует как настоящий художник!»). К артефактам из психиатрической среды, напоминающим ар-брют, отечественные искусствоведы только начинали присматриваться. Интерес к выставкам скорее поддерживался приоткрывающейся информацией о необычной биографии его участников, да и экстрасенсорика, парапсихология тогда была в особом почёте. Инициаторы арт-проекта ИНЫЕ (Ярославль) предложили иной путь: не расшифровывая событийную окантовку «анамнеза», искать ключ к феноменологическому описанию внутреннего ИНАКОмыслия творцов и его креативных поисков через междисциплинарный подход, естественно, с участием специалистов по «безумию». Околохудожественные показы, замешанные на эпатаже, использовавшие термины типа «шиз-арт» или готовность приписать к этикетажу диагноз, конечно, нами игнорировались. С термином дестигматизация мы ещё не были знакомы. Иногда профессиональный или самодеятельный художник, искренне

желающий поддержать пациентов, предоставлял свои произведения для совместных выставок. Поскольку артефакты могли быть экспонированы анонимно, но этот шаг мог восприняться неким квестом: зритель пытался разобраться в статусе творцов - «кто есть кто»? В выставочной практике этот подход не прижился, однако всецело оправдал себя во взаимообогащающей практике «особых театров», знакомой нам по блестящим спектаклям режиссёров А. Афонина (интегративный театр – студия «Круг II») и И. Неупокоева («Театр простодушных»).

Сегодня социальная и творческая активность пациентов поддерживается проведением разнообразных и регулярных проводимых культурно-выставочных мероприятий. Упомянем наиболее заметные, участвуя в которых мы набирали свой опыт и учились оценивать оптимальные «дозировки» и «совместимости» визуальной арт-продукции. Вспоминается пилотажная общероссийская серия из семи выставок: «ИНЫЕ и Новые возможности» / «Арт-возможности» в Музее творчества аутсайдеров (Москва, 2001-2008 гг.); пять масштабных международных фестивалей творчества людей с особенностями психического развития «Нить Ариадны» (Москва, 2010–2018 гг.) в которых акцент делался на творчество, напоминающее работы инвалидов «с ограниченными возможностями» и тяготеющее к жизнеутверждающей традиционной эстетике. Работы рассматривались как результат мужества творцов - вопреки их страданию.

Иной кураторский подход заложен в пяти проектах «ФЕСТНАИВ» (международный фестиваль наивного искусства и творчества аутсайдеров), организованных Музеем наивного искусства / МРЛИНИ (Москва, 2004-2017 гг.). Как в ФЕСТНАИВЕ, так и выставках «Другие измерения» / «Новое измерение» в рамках фестивалей реабилитационных программ для людей с психическими особенностями «Другие?», с 2015 года проводимых «Союзом охраны психического здоровья», появилась

возможность оптимально сбалансировать в экспозициях произведения: искусства аутсайдеров, наивного искусства и арт-терапевтической экспрессии. Кстати, домашние заготовки самодеятельных художников, не посещающих арт-терапевтические студии, вполне уместно рассматривать неким ауто - арт-терапевтическим творчеством. Даже в описании хобби «увЛЕЧЕНИЕ творчеством», с точки зрения наивной этимологии, воображение уже проецирует столь желанный процесс – «лечение». Отметим биографии проектов из Санкт-Петербурга. С 2008 года проведены десятки выставочных акций, в том числе и международных, Фондом «ИнАРТ», а с 2013 года его преемником - АНО «Аутсайдервиль»; в 2009-2018 гг. организованы четыре городских фестиваля творчества учреждений психоневрологического профиля «АРТ-ЭРА» при ПНД № 5. В калейдоскопе мероприятий, ориентированных на социальную и творческую реабилитацию людей с ментальными особенностями, наиболее активным участником является инициатива из Ярославля: коллекция ИНЫЕ (аутсайдер арт), клуб «Изотерра», уже к 2017 году организовавшая 100-ю выставку. Одна из наиболее удачных экспозиций была проведена в выставочном зале Областного художественного музея им. братьев Васнецовых в Кирове в 2005 году. Эта представительная художественная выставка была насыщена и психопросветительными, дестигмационными акциями.

При организации выставочных проектов в учреждениях здравоохранения или культуры, можно выделить два основных подхода.

1) Выставки творчества пациентов, инвалидов, авторов с «психиатрическим опытом», так называемые - медицинские, социально-реабилитационные. В этом случаях мы рассчитываем на диалог со зрителями, на безусловное признание и поддержку его участников.

2) Художественные выставки - аутсайдер арт, маргинального творчества, где акцент делается на эксклюзивное творчество

художников-самоучек. Искусство аутсайдеров отнюдь не синоним творчества душевнобольных, хотя якобы «политкорректную», но ошибочную подмену иногда используют коллеги, что только запутывает не искушённых современников.

Сегодня «экспо-терапия» способна объединить два этапа творческого процесса: от создания - до публичного показа работ непрофессиональных художников. Выставки творчества художников с психиатрическим опытом из разнородных инициатив, поддерживающих психическое здоровье, со временем вливаются в практику внебольничной психиатрической помощи и органично дополняют её социально ориентированными подходами. В любых вариантах выставок, несмотря на различия в кураторских задачах и художественной специфике визуального материала, привносится прямой или косвенный социо-реабилитационный эффект, способствующий как противодействию стигматизации, так и улучшению субъективного восприятия качества жизни художниками - дилетантами.

ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ И ТЕСТИРОВАНИЕ ТИПА МЕТАБОЛИЗМА ПСИХОТРОПНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Голубева Т.С., Докукина Т.В., Объедков В.Г., Гилеп А.А., Гайдукевич И.В., Башко Н.П., Бокуть О.С., Мороз А.В., Григорьева И.В., Гамова А.В., Тарасевич А.Б.

ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», Белорусский государственный медицинский университет

Минск

Цель исследования. Целью настоящего исследования являлось изучение генетических полиморфизмов, связанных с фармакорезистентностью и побочными эффектами лекарственных

средств при шизофрении, значимых для белорусской популяции, и сопоставление данных генотипирования с данными тестирования типа метаболизма у пациентов с шизофренией.

Материалы и методы. В Республиканском научно-практическом центре психического здоровья проведено исследование, в которое было включено 52 человека с шизофренией (код по МКБ 10: F20) в возрасте от 18 до 60 лет (38,8±1,7 лет): 31 мужчина (59,6%) и 21 женщина (40,4%). Все пациенты получали лечение психотропными лекарственными средствами в соответствии с клиническим протоколом оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами.

У пациентов, включенных в исследование, определяли наличие полиморфизмов генов изоферментов цитохрома P-450: CYP2D6*4, CYP2C19*2, CYP2C19*17, CYP1A2*F; полиморфизм C3435T гена MDR1 (кодирует транспортный белок P-гликопротеин), а также полиморфизмов генов молекул-мишеней лекарственных средств и функционально связанных с ними белков: TaqI полиморфизм ANKK1 гена анкирин-киназы 1, полиморфизм C-1019G гена серотонинового рецептора HTR1A, полиморфизм Val158Met гена COMT – катехол-О-метилтрансферазы, полиморфизм Val66Met гена BDNF – мозгового нейротрофического фактора, полиморфизм C957T гена дофаминового рецептора DRD2. Использовали стандартные методики выделения нуклеиновых кислот, ПЦР-анализ. Взятие биологического материала для исследования проводили на базе клинико-диагностической лаборатории и клинических отделений стационара Республиканского научно-практического центра психического здоровья. Фармакогенетическое тестирование проводили на базе Института биоорганической химии Национальной академии наук Беларуси. Для клинической интерпретации данных фармакогенетического тестирования

использовали данные о путях метаболизма лекарственных средств, применяемых в психиатрии. Определяли тип метаболизма (активный (нормальный), медленный, быстрый) у пациентов, включенных в исследование, методом терапевтического лекарственного мониторинга с применением амитриптилина в качестве тест-субстрата.

Результаты и обсуждение. Из 52 пациентов, включенных в исследование, у 45 человек (86,5%) наблюдалась резистентность к фармакотерапии. У 43 пациентов (82,7%) имелись побочные эффекты на применение психотропных лекарственных средств. В том числе экстрапирамидные расстройства были выявлены у 37 пациентов (71,2%), из них злокачественный нейролептический синдром – у 5 пациентов (9,6%). Увеличение массы тела на фоне приема антипсихотиков зафиксировано у 24 пациентов (46,2%).

Большинство пациентов, включенных в исследование, госпитализировались неоднократно, в том числе за последние 5 лет более 1 раза госпитализировались 46 пациентов (88,5%), более 3 раз – 32 пациента (57,8%), более 9 раз – 12 пациентов (23,1%).

При исследовании результатов применения генетических критериев фармакорезистентности к психотропным лекарственным средствам для определения тактики лечения пациентов с шизофренией выявлено, что у 12 пациентов (23,1%) имелся полиморфизм CYP2D6*4. Данный полиморфизм был ассоциирован с развитием побочных эффектов на антипсихотики, которые отмечались у 10 пациента с генотипом AA или GA, причем у 9 из них выявлен медленный тип метаболизма.

У 9 (17,3%) из 52 пациентов, генотипированных по полиморфизму CYP2C19*2 гена CYP2C19, имелся генотип AA или GA. Из них у 7 пациентов (77,8%) отмечались побочные эффекты на антипсихотики, медленный тип метаболизма имелся у 4 пациентов.

Генотип TT полиморфизма CYP2C19*17 был выявлен у 5 (9,6%) из 52 генотипированных пациентов и ассоциировался с отсутствием эффекта на лечение лекарственными средствами-субстртами изофермента цитохрома CYP2C19. У 3 пациентов выявлен быстрый тип метаболизма.

У 19 (36,5%) из 52 пациентов, генотипированных по полиморфизму CYP1A2*F гена CYP1A2, имелся генотип AA, ассоциирующийся с повышенной индуцибельностью фермента, что может приводить к увеличению скорости метаболизма лекарственных средств-субстратов изофермента цитохрома и к снижению ответа на лекарственные средства-субстраты. Фармакорезистентными являлись 14 пациента с данным генотипом. Быстрый тип метаболизма выявлен у двух пациентов, однако у них имелся также генотип TT полиморфизма CYP2C19*17. Медленный тип метаболизма определялся у 4 пациентов, но у них же был выявлен полиморфизм CYP2D6*4.

У 17 пациентов (32,7%) имелся генотип TT полиморфизма C3435T гена MDR1. Из них у 14 пациентов отмечались побочные эффекты на антипсихотики.

Генотип CC при определении полиморфизма C3435T гена MDR1 был выявлен у 18 (34,6%) из 52 генотипированных пациентов и ассоциировался с отсутствием эффекта на лечение лекарственными средствами-субстртами P-гликопротеина. Фармакорезистентными являлись 16 пациентов с данным генотипом.

У 30 пациентов (57,7%) из 52 прогенотипированных имелся генотип GG (A2A2) полиморфизма гена ANKK1 Taq1. При этом данный генотип был выявлен у 20 (54,1%) из 37 пациентов, у которых имелись побочные эффекты в виде экстрапирамидной симптоматики в ответ на лечение антипсихотиками.

Исследовали также связь аллеля А (А1, генотип GA или AA) полиморфизма гена ANKK1 Taq1 с повышенной вероятностью набора веса при приеме антипсихотиков. Аллель А имелся у 21 (40,4%) из 52 обследованных пациентов, из них избыточная масса тела отмечалась у 9 пациентов. Данный полиморфизм отсутствовал у 15 (53,6%) из 28 пациентов с нормальным индексом массы тела.

У 39 (78,0%) пациентов имелся полиморфизм гена HTR1A C-1019G (генотип GG или CG), ассоциированный с фармакорезистентностью, генотипирование по которому было проведено у 50 пациентов. Данный генотип был выявлен у 33 (76,7%) из 43 фармакорезистентных пациентов.

Полиморфизм Val158Met (G>A) гена COMT ассоциируется с риском развития побочных эффектов и снижением ответа на антипсихотики. У 78,5% и 79,5% лиц с указанными особенностями ответа на лечение соответственно имелся данный полиморфизм.

Полиморфизмы (C>T, Val66Met) гена BDNF (гентип CC) и C957T (генотип CC или CT) гена рецептора DRD2 ассоциированы с риском набора веса при лечении антипсихотиками. У лиц с избыточной массой тела на фоне приема антипсихотиков полиморфизм (C>T, Val66Met) гена BDNF (гентип CC) имелся в 68,8% случаев, а полиморфизм C957T (генотип CC или CT) гена рецептора DRD2 – в 81,8%.

Выводы. Таким образом, для рационализации фармакотерапии пациентов с резистентными формами шизофрении или побочными эффектами на лекарственные средства, может быть рекомендовано проведение фармакогенетического тестирования с целью выявления полиморфизмов генов CYP2D6, CYP2C19, CYP1A2, полиморфизма C3435T гена MDR1, полиморфизмов генов молекул-мишеней лекарственных средств: HTR1A, DRD2, и функционально связанных с ними белков: ANKK1, COMT, BDNF. Тестирование типа метаболизма может служить

дополнительной информацией к данным генотипирования, в частности, при выявлении у пациента нескольких полиморфизмов.

СОЗДАНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СРЕДЫ В МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ОТДЕЛЕНИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ, ДЛИТЕЛЬНО НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ

Гусева Н.В.

КОГБУЗ КОКПБ им. акад. В.М. Бехтерева

Киров

В последнее время активно обсуждаются проблемы, связанные с созданием терапевтической среды различных психиатрических учреждений.

Бабин С.М. (2006) подчеркивает, что только лечебная среда, которая создает психотерапевтическую атмосферу, направленную на формирование качественно новых взаимоотношений с окружающими, стабильных, глубоких и достаточно эмпатичных, создает возможность для пациента отказаться от привычных патологических защит и способов поведения, свойственных больным психиатрического стационара. Восстановлению границ «Я» способствует терапевтическая обстановка, четко структурирующая окружающую пациента реальность. Лечебные мероприятия восполняют те психологические функции, которые отсутствуют при регрессии, до тех пор, пока они самостоятельно не разовьются или не восстановятся пациентом. Автор подчеркивает особую значимость психотерапевтических программ, с помощью которых возможно приобрести или вернуть более зрелые способы защиты. Интеграция их в терапию средой, как подчеркивает автор, возможна лишь при условии, если терапевтический коллектив является

единой и непротиворечивой структурой, осознающей и принимающей подобные аспекты терапии.

Целью исследования являлось рассмотрение этих проблем на примере работы медико-реабилитационного отделения Кировской областной клинической психиатрической больницы им. акад. В.М. Бехтерева (КОПБ) для пациентов, длительно находящихся на лечении, анализ взаимодействия специалистов и этапности проведения реабилитационных мероприятий.

Главной проблемой большинства данных пациентов является снижение или патологическое изменение адаптационных возможностей. Поэтому формирование терапевтической среды в медико-реабилитационном отделении предусматривало создание таких условий, в которых пациенты проявляют неадаптивные способы функционирования, осознают их патологический характер и могут их изменить с помощью специалистов и персонала отделения.

Важным было структурировать понятие психологических границ, в рамках которых пациент взаимодействует в терапевтической среде отделения. Четко установленные границы дают пациенту ощущение защищенности.

Граница «Пациент и пространство». Пациент с помощью медицинского персонала, а затем и самостоятельно определяет свое место в отделении. Для каждого требуется различный промежуток времени, чтобы приспособиться к новым границам - одни начинают быстро и активно осваивать территорию, другие приступают к этому осторожно и только с помощью медицинского персонала.

Граница «Пациент и время» – это режим отделения: от подъема до отбоя, четкие временные границы для приема препаратов, пищи, прогулок, посещения лечебно-трудовых мастерских, различных студий и личное время.

Граница «Пациент и правила». Нарушение правил – желание расширить свои границы. При этом нарушаются или затрагиваются границы других людей – пациентов в палате, персонала отделения. Каждый пациент решает вопрос нарушения или соблюдения чужих границ так, как он привык; при этом расширение «границ дозволенного» аутичным пациентом скорее будет приветствоваться, а пациентом с психопатоподобной формой дефекта при шизофрении – наоборот. Важно, чтобы и в том, и другом случае устанавливаемые границы не были жесткими, давая возможность экспериментировать каждому пациенту в диапазоне безопасных изменений.

Другим важным аспектом является взаимодействие специалистов на различных уровнях.

Врач-психиатр занимает экспертную позицию. Он оценивает симптомы, ставит диагноз и знает какое необходимо применить лечение. Взаимодействие с пациентом – вертикальное. Границы пациента нарушаются. Для этого имеются определенные предпосылки: у пациента, как правило, нет осознания своей болезни, нет критики, либо острота психотической симптоматики лишает его возможности иметь все вышеперечисленное. И как результат - нет приверженности к терапии.

В условиях стационара вопрос о приеме препаратов решается достаточно успешно, но, чаще всего, путем нарушения границ пациента. Сопротивление пациента преодолевается жестким контролем. При этом сформировавшийся страх, восприятие лечения как «наказания за неправильное» поведение, к сожалению, часто поддерживается средним и младшим медицинским персоналом.

Способом решения проблемы является психообразование в групповом формате работы, которое помогает пациенту лучше ориентироваться в своем состоянии и осознанно обращаться за помощью к врачу психиатру. При этом уровень взаимодействия изменяется на

горизонтальный. Пациент берет на себя ответственность за прием назначенной терапии, а врач-психиатр открыт для обсуждения вопроса о медикаментозном лечении.

Врач-психотерапевт, клинический психолог. Для этих специалистов характерна партнерская позиция, но не на равных, а с позиции «старшего брата» - бережное отношение к границам пациента, поддержка и сопровождение в его изменениях. Тем не менее на первых этапах, не зависимо от усилий специалиста, взаимодействие вертикальное. Срабатывает привычный механизм функционирования пациента в условиях стационара, но при этом возможен достаточно быстрый переход на горизонтальный уровень.

Взаимодействие на первых этапах, а часто на протяжении всей работы, протекает на уровне Personality. Это наиболее сохранная «здоровая» функция у пациентов представляет совокупность представлений человека о самом себе - образовании, профессии, семье, интересах. Поэтому взаимодействие в группе направлено на узнавание друг друга, внимание друг к другу, что позволяет проявлять себя в безопасной терапевтической обстановке. При этом на первых этапах работы важно использовать проективные методики с привлечением подсобного материала. Как показала практика, это оживляет работу, поднимает уровень энергии группы, способствует более быстрому нахождению общей почвы. Дальнейший переход к милио-терапии способствует еще большей интеграции пациентов в группе; возможность совместного творчества воодушевляет и мотивирует пациентов.

У пациентов, с более выраженными проблемами коммуникации применяются арт-терпевтические методики. Это помогает пациентам в обход «внутренней цензуре» начать проявлять себя, что позволяет сделать видимыми проблемы для них самих, а их принятие и наличие

похожих переживаний в группе способствует снятию внутреннего напряжения, страха и агрессии.

Учитывая длительное пребывание пациентов в стационаре, продолжительность терапии с одной группой составляет от 4 до 6 мес. В дальнейшем пациенты могут принимать участие в других группах.

Важно, чтобы персонал отделения участвовал в психосоциальных мероприятиях или, как минимум, не препятствовал реабилитационному процессу. Для достижения этой цели в отделении проводится работа в следующих направлениях.

1. Создание «больших групп», в которых принимает участие пациенты и весь персонал смены отделения.

Цели большой группы: создание атмосферы в отделении, способствующей проявлению каждого пациента; снижение вероятности «недомолвок» из-за страха возмездия, как со стороны персонала, так и других пациентов; возможность каждому пациенту высказать свои нужды и быть услышанным, вносить свои предложения.

2. Проведение психообразования персонала отделения, способствующее пониманию задач психосоциальной работы, создания терапевтической среды и уменьшению профессионального выгорания.

Личность каждого участника терапевтического процесса - от врача, медсестры и до санитарки, методы работы, стиль, умение обращаться с пациентами, владение техникой психологической работы могут способствовать исцеляющему действию. Коллектив на высшем уровне своего развития становится коллективом лечебным, непосредственно оказывающим терапевтическое воздействие на больных. Вся среда, окружающая больных в лечебном учреждении, непосредственно и эффективно способствует их выздоровлению.

АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ, СОПРЯЖЕННЫХ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ, У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

Давидовский С.В., Игумнов С.А., Соболев Н.А.

Белорусская медицинская академия последипломного образования;

НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского

Минск, Москва

Актуальность. В настоящее время, достаточно остро стоит проблема гибели личного состава в Вооруженных Силах, одной из причин которой является суицид, что делает актуальным поиск причин и факторов, обуславливающих суицидальное поведение.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 169 мужчин, разделенных на две группы: первая группа состояла из лиц призывного возраста, в количестве 115 человек, вторую – из группы лиц, совершивших парасуицид с использованием высоколетальных способов самоповреждения (далее - ГЛИВС), в которую вошли 54 человека. При проведении исследования оценивались социально-демографические характеристики (возраст, семейный статус, условия проживания, профессиональный статус, особенности и условия воспитания) и индивидуально-психологические черты личности. Расчеты проводились с использованием статистического пакета IBM SPSS Statistics 22.

Результаты. Статистически значимые различия между группами были обусловлены наличием различий между лицами, воспитанными в полных семьях. Данные группы различались по флегматическому типу темперамента (преобладал в ГЛИВС), черте характера «возбудимость», «дистимичность» и «гипертимность». Для ГЛИВС, воспитанных в полных семьях, кроме флегматического типа темперамента было характерно наличие наказаний в детстве, более низкий уровень образования (преобладало среднее), более низкий уровень нейротизма,

возбудимости, дистимности и тревожности, средний уровень гипертимности.

Выводы. Статистически значимые различия между исследуемыми группами выявлены по показателям: тип темперамента, «возбудимость», «дистимность» и «гипертимность»; воспитание в полных либо неполных семьях.

СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННЫЕ ДЕПРЕССИИ НАСЕЛЕНИЯ СОВРЕМЕННОГО ДОНБАССА

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

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», Городская психиатрическая больница №1 г. Донецка МЗ ДНР, Кафедра психиатрии ФИПО

Донецк

Введение. Рабочей гипотезой нашей группы была теория о том, что хронический стресс запускает биохимические изменения в организме: он активирует нейроэндокринную ось гипоталамус-гипофиз-надпочечники, заставляя последние выделять кортизол наш главный гормон стресса. Долгосрочное выделение этого гормона вредоносно. В избыточной концентрации кортизол разрушает синаптические связи между нейронами гиппокампа (одного из хранилищ памяти) и префронтальной коры, которая отвечает за волю к жизни и влияет на принятие решений. Разрыв этих синаптических связей приводит к сглаживанию эмоций, ухудшению памяти, и снижению способности к концентрации внимания и, как следствие, появляется и прогрессирует депрессия. Население современного Донбасса длительно, в течение, семи лет проживает в условиях хронического стресса военного времени. Ведутся боевые действия, рвутся снаряды, погибают люди. Обстрелами

разрушены жилые дома, дороги, больницы, школы, детские сады, церкви, и другие объекты инфраструктуры. Прифронтовые районы наших городов подвергаются обстрелам и по настоящее время. Политический кризис повлёк за собой кризис финансово-экономический. Условия жизни людей снижаются. Перспективы на мирное разрешение конфликта носят туманный характер. К этим событиям добавился пандемический стресс, вызванный новой коронавирусной инфекцией. Заражено большое количество людей. Больницы переполнены. Длительное пребывание в зоне с такими мощными стрессогенными факторами как: хронический стресс военного времени; пандемический стресс; политико-экономический стресс, простимулировало значительный рост депрессивных расстройств у населения современного Донбасса.

Цель исследования. Изучить влияние хронических стрессогенных факторов на рост депрессивных расстройств у населения, проживающего в зоне локального военного конфликта, при воздействии пандемического стресса при COVID-19.

Материал и методы. Исследование проводилось течение пяти лет, с 2016 по 2020 годы включительно. Пациенты лечились и наблюдались в поликлинических и стационарных подразделениях Городской психиатрической больницы №1 города Донецка. Все пациенты на момент принятия под наблюдение были старше 18 лет, и дали осознанное письменное согласие на участие в данном исследовании. Любой пациент, на любом этапе исследования имел возможность покинуть исследование без объяснения причины. Общее число пациентов с депрессивными расстройствами, принявших участие в исследовании 312 человек, из них 64 пациентам диагностирована коморбидная патология COVID-19. Диагноз новой коронавирусной инфекции был выставлен врачом инфекционистом на основании клинических проявлений в виде кашля,

насморка, повышенной температуры тела, пониженной сатурации легких, трудностей с дыханием, потери вкусовых ощущений и положительного теста полимеразной цепной реакции на коронавирус. Пациенты получали терапию противовирусными препаратами и антибиотиками согласно действующим клиническим протоколам. Пациенты консультированы врачами психиатрами и клиническими психологами как очно (во внеконтагиозном периоде болезни), так и с помощью дистанционных технологий (Skype, Viber, FaceTime, WhatsApp) в контагиозном периоде заболевания. Женщин было 184 (59%), мужчин 128 (41%). По возрасту все пациенты распределились следующим образом: от 18 до 30 лет 63 человека (20,1%); от 30 до 45 лет 79 человек (25,3%); от 45 до 65 лет 118 пациентов (37,8%); и старше 65 лет 52 пациента (16,8%).

Современные методы нейровизуализации: функциональная магнитно-резонансная томография, позитронно-эмиссионная томография дают надежду на значительное продвижение в понимании механизмов возникновения депрессивных расстройств. Однако, в нашем регионе эти методы отсутствуют полностью.

Серотонин - модулирующий нейромедиатор, выделяемый особым классом нервных клеток для помощи в регуляции настроения. Переносчики серотонина, выводящие его из синапса, служат мишенями для многих препаратов от депрессии. Наши пациенты получали лечение селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (флуоксетин, сертралин, пароксетин, циталопрам, эсциталопрам) и селективными ингибиторами обратного захвата серотонина и норадреналина (венлафаксин, дулоксетин).

Результаты и их обсуждение. В клинической беседе все пациенты (100%) отмечали наличие постоянных мыслей о войне, об обстрелах, о рисках пребывания в зоне локального военного конфликта, отмечали

наличие прямой связи между ухудшением их состояния и военными действиями. В пандемический период также большая часть (89%) обследуемых сообщали о том, что их депрессивные проявления связаны в той или иной степени с пандемией. Все пациенты сообщали о наличии финансовых проблем, о негативных мыслях, и связи между политическим кризисом и их пониженным настроением. Нарушения психического здоровья носили глубокий характер: отмечался плохой ночной сон, резкое снижение настроения, суицидальные мысли и попытки, зачастую, носили навязчивый стойкий характер. У третей части пациентов отмечались необратимые изменения личности, с формированием депрессивно-ипохондрического, тревожно-депрессивного дефектов. Применяемые нами среднесуточные дозировки препаратов были выше обычных, обозначенных в действующих клинических протоколах, на 50%, и в отдельных случаях, увеличивались вдвое. Для достижения качественного клинического отклика обязательным компонентом является психотерапевтическая терапия и работа с клиническим медицинским психологом.

Выводы. Отмечается четкая корреляционная связь между пребыванием в зоне с такими мощными хроническим стрессогенными факторами как стресс военного времени, пандемический стресс и политико-финансовый стресс. Депрессивные проявления носят более глубокий и более яркий характер. Протекают более длительный период времени, со склонностью к формированию необратимых нейрокогнитивных дефицитарных изменений. Для купирования требуют более массивные дозировки антидепрессивных препаратов. Только совместная работа единой команды: психофармаколога, психоаналитика и психотерапевта может победить депрессию.

ВОЗРАСТ ДЕБЮТА И ЧАСТОТА ПОВТОРНЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, УПОТРЕБЛЯВШИХ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА

Задорожная О.В., Кушнерев И.С.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Санкт-Петербург

Актуальность. Шизофрения - одно из наиболее тяжелых по своим проявлениям и последствиям психических расстройств, выражающееся дезинтеграцией психической деятельности, сочетанием продуктивной (галлюцинаторной, бредовой, кататонической, гебефренной, аффективной и др.) и негативной (апатия, абулия, эмоциональная и социальная отгороженность и др.) симптоматики, поведенческих и когнитивных нарушений. Шизофрения является психическим заболеванием, при котором рано и глубоко нарушается социальное функционирование больных, существенно ухудшается качество жизни, что приводит к выраженной дезадаптации пациентов в большинстве сфер жизни. Употребление психоактивных веществ (ПАВ) является фактором, ухудшающим прогноз заболевания.

Согласно данным исследований, пациенты, страдающие шизофренией и аффективными расстройствами, имеют высокие показатели таких коморбидных расстройств, как алкоголизм и наркотические зависимости – 25–65%. Лица с психическими расстройствами в 8 раз чаще, чем в общей популяции, имеют опыт внутривенного употребления наркотиков. Не менее 10% пациентов с данной патологией употребляют ПАВ с рекреационной целью, что способствует ухудшению социальной дезадаптации и влечет за собой риск агрессивного и аутоагрессивного поведения. Клинические аспекты коморбидности употребления ПАВ и шизофрении изучены недостаточно, проведено мало исследований, анализирующих

взаимосвязь между влиянием приема ПАВ на вероятность повторной госпитализации в психиатрический стационар.

Цель. Оценить влияние приема ПАВ на возраст дебюта шизофрении, частоту дальнейших регоспитализаций в психиатрический стационар.

Материал и методы. Исследуемая группа была составлена методом контролируемого отбора и состояла из 159 пациентов, из них мужского пола – 50,3% (n=80), женского – 49,7% (n=79), находящихся на стационарном лечении в мужском отделении СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница святого Николая Чудотворца».

Критериями отбора были диагноз шизофрения (F20) и наличие в анамнезе данных о употреблении психоактивных веществ в прошлом или настоящем времени Возраст пациентов варьировал от 19 до 69 лет, средний возраст составил 39 лет. Исследование проводилось в январе 2021 года. Нами применялись методы: клинико-психопатологический, статистический метод. Все расчеты произведены при помощи программы STATISTICA 10.

Результаты и их обсуждение. В структуре исследуемой группы пациентов было выделено 2 подгруппы. В первую подгруппу были включены пациенты, страдающие шизофренией, никогда не употреблявшие ПАВ (50,9% от общего числа участников исследования, n=81), среди них женщины составляли 54,3% (n=44), а мужчины 45,7% (n=37). Возраст пациентов этой подгруппы варьировал от 20 до 63 лет. Во вторую подгруппу были включены пациенты, страдающие шизофренией и употреблявшие алкоголь и прочие ПАВ. Их количество было чуть меньше, чем в первой подгруппе и составило 49,1% от всех участников исследования (n=78). В данной подгруппе преобладали пациенты мужского пола (55,1%, n=43), женщины составили 44,9% (n=35). Возраст пациентов в данной подгруппе варьировался от 19 до 69 лет.

В подгруппе пациентов, употреблявших ПАВ выделено две дополнительные подгруппы: употреблявшие ПАВ только в преморбиде – 25,79% (n=41), и продолжающие употребление до настоящего времени – 23,29% (n=37). Из медицинской документации были получены данные о наркологическом анамнезе пациентов, возрасте дебюта заболевания. Дебют эндогенного заболевания у пациентов, участвовавших в нашем исследовании, отмечался в достаточно молодом возрасте: от 16 до 36 лет, средний возраст дебюта составил 21,5±5,36 лет. Общее количество госпитализаций в психиатрический стационар составило от 1 до 15, а средний показатель составил 6±3,41. Только 12 пациентов (7,54%) поступили в психиатрический стационар впервые в жизни. При анализе данных методом ранговой корреляции Спирмена выявилась достоверно значимая корреляция между приемом ПАВ и возрастом дебюта шизофрении ($r = 0,2649$, $p<0,05$): дебют шизофрении у данной группы пациентов отмечался в среднем в 19±1,23 лет, а у пациентов, не употреблявших ПАВ, в 22,5±1,57 года. Также число повторных госпитализаций в психиатрический стационар в связи с обострением эндогенного заболевания было достоверно связано с употреблением ПАВ ($r = 0,2754$, $p<0,05$). Этот показатель составил в подгруппе пациентов, употреблявших ПАВ, 8±2,1. В подгруппе пациентов, страдающих шизофренией, и не употреблявших ПАВ, среднее число повторных госпитализаций в психиатрический стационар составило 4±1,19. При этом взаимосвязи возраста дебюта и количества повторных госпитализаций с полом пациентов, страдающих шизофренией, выявлено не было.

Выводы. Анализируя полученные нами данные, можно говорить о приёме ПАВ в доманифестном периоде шизофренического процесса, как о факторе, способствующем ухудшению прогноза, повышению числа повторных госпитализаций, что увеличивает социально-экономическое

бремя на систему оказания психиатрической помощи. Пациентов с коморбидной патологией часто рассматривают вне рамок их зависимостей, не указывают наркологический диагноз в истории болезни, несмотря на подробное описание симптомов зависимости. Представляется важным учитывать наркологический анамнез пациента, страдающего шизофренией, для выбора адекватной тактики медикаментозного лечения и реабилитационных мероприятий с целью улучшения показателей адаптации и снижения показателей повторных госпитализаций. Своевременная диагностика и лечение расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, позволит замедлить развитие шизофрении у пациентов с коморбидной патологией, улучшить их социальное функционирование и качество жизни.

РЕЗИЛЕНТНОСТЬ К СУИЦИДАЛЬНОСТИ У ЖЕНЩИН С НЕСУИЦИДАЛЬНЫМ САМОПОВРЕЖДАЮЩИМ ПОВЕДЕНИЕМ

Зинчук М. С., Кустов Г. В., Попова С. Б., Войнова Н. И., Позэ И.Б., Галкина И. В., Акжигитов Р.Г., Аведисова А.С.

ГБУЗ Научно-практический психоневрологический центр им. З.П. Соловьева Департамента здравоохранения Москвы

Москва

Введение. Несуицидальное самоповреждающее поведение (НССП) является значимым фактором риска совершения суицидальной попытки Данный феномен связывают с тем, что повторные НССП способствуют повышению порога болевой чувствительности у пациентов, редуцируют их эмоциональную реакцию к виду крови и ран, тем самым снижая антисуицидальный барьер. Альтернативные причины повышенной суицидальной готовности пациентов с НССП исследованы недостаточно.

Единичные исследования ставили своей задачей оценку антисуицидальных установок у пациентов с НССП. Так, было проведено исследование, в котором сравнивались «причины для жизни» в группе пациентов с НССП и в группе пациентов, имеющих НССП и суицидальную идеацию (СИ). Выявленные более низкие показатели в группе НССП и СИ подтверждают связь СИ с более низкими показателями антисуицидального барьера, но не проливают свет на связь между НССП и более низкими показателями резилентности к суицидальности.

Опросник «Причины для жизни» (Reasons for living) был разработан Linehan et al. (1983) для оценки антисуицидальных установок, то есть тех внутренних причин, которые препятствуют совершению самоубийства при появлении суицидальных мыслей. Укороченная версия данного опросника (bRFL) (Ivanoff et al., 1994) была валидизирована на нескольких языках, в том числе русском, и зарекомендовала себя в качестве надёжного инструмента изучения антисуицидальных мотивов. Русскоязычная версия bRFL (Кустов и соавт., 2021) имеет хорошую внутреннюю согласованность (Альфа Кронбаха-0.856), а факторная структура полностью соответствует авторской версии опросника и модели «Причины для жизни», предложенной Linehan et al. (1983).

Цель. Цель исследования изучить показатели резилентности к суицидальному поведению у женщин с СИ и НССП по сравнению с имеющими только СИ.

Материалы и методы. Для реализации поставленной цели на базе кризисного отделения для непсихотических больных ГБУЗ НПЦ им Соловьева было проведено обсервационное исследовании типа «случай-контроль». Основную группу составили 70 последовательно набранных пациенток старше 18 лет, имевшие в предшествующие 12 месяцев суицидальные мысли и, по меньшей мере, один эпизод инструментального НССП. Группу сравнения составили 70 сопоставимых

по возрасту пациенток с СИ за предшествующие 12 месяцев ни разу на протяжении жизни не наносивших себе НССП. Из исследования исключались пациенты с когнитивными нарушениями (MMSE < 24), а также лица с лингво-культуральной некомпетентностью, препятствующей пониманию вопросов интервью.

Клинико-психопатологическое исследование проводилось компетентным в данной области врачом-психиатром, диагноз устанавливался на основании критериев по МКБ-10. Все пациенты проходили структурированное интервью «Самоповреждающие мысли и поведение» (Self-Injurious Thoughts and Behavior Interview – SITBI, Nock et al, 2007). Оценка факторов резилентности проводилась с помощью русскоязычной версии краткого опросника «Причины для жизни» (bRFL).

В качестве статистических методов были использованы тест Манна-Уитни и Хи квадрат. Категориальные переменные представлены в виде N (%), а количественные – mean (SD). Статистический анализ был проведен с помощью IBM SPSS Statistics 23.

Исследование одобрено локальным этическим комитетом, все пациенты, включенные в исследование, подписали информированное согласие.

Результаты. Средний возраст пациенток составил 27.5 (8.5) лет. Распределение по диагнозом было следующим: биполярное расстройство (F31) – 32 (22.9%); депрессивные расстройства (F32/33) – 50 (35.7%); тревожные расстройства (F40/F41) – 8 (5.7%); обсессивно-компульсивное расстройство (F42) – 6 (4.3%); соматоформные расстройства (F45) – 1 (0.7%); расстройства пищевого поведения (F50) – 5 (3.6%); расстройства личности (F60/61) – 55 (39.3%). У 17 (12.1%) пациенток было выставлено 2 и более психиатрических диагноза. Группы не различались между собой по диагнозам и их количеству, а

также были сопоставимы по уровню образования, профессиональному статусу, занятости и семейному положению ($p<0.05$).

Анализ результатов bRFL выявил у пациенток с НССП по сравнению с группой контроля значимо меньший общий балл (2.78 (1.02) vs 3.49 (1.05): $p<0.001$), что указывает на меньшую выраженность антисуицидальных мотивов. Пациентки с НССП также имели значимо более низкие значения по таким субшкалам bRFL как «убеждения относительно выживания и совладания» (3.58 (1.50) vs 4.11 (1.49): $p=0.045$), «ответственность перед семьей» (3.46 (1.5) vs 4.25 (1.41): $p=0.002$), «забота о детях» (2.63 (1.56) vs 4 (1.85): $p<0.001$), «страх суицида» (3.04 (1.52) vs 3.61 (1.69): $p=0.046$) и «моральные запреты» (1.96 (1.52) vs 2.56 (1.6): $p=0.009$). Единственной субшкалой, по которой между группами не было выявлено значимых различий, была «страх социального осуждения» (2.04 (1.5) vs 2.42 (1.63): $p=0.138$).

Дискуссия. Полученные нами данные подтверждают гипотезу о снижении антисуицидального барьера у пациентов с НССП и СИ в сравнении с лицами только с СИ за счёт более низких показателей резилентности. Нами был выявлен как более низкий общий балл по шкале bRFL, так и более низкий балл по большинству субшкал.

Одним из возможных объяснений выявленного феномена является то, что данным ряда исследований пациенты с НССП чаще других на протяжении жизни сталкиваются с травматическими событиями, такими как сексуальное и физическое насилие, а также буллингом. Даже спустя многие годы после травмы данные биографические события остаются ассоциированными со сниженными показателями резилентности к суицидальности.

Современные подходы к изучению суицидального поведения, разделяют факторы риска развития СИ от факторов риска перехода от суицидальных мыслей к попытке (ideation-to-action framework). В этой

связи существует вероятность, что НССП и суицидальные попытки имеют значительное количество общих факторов риска и механизмов развития. Таковыми могут являться общие для лиц, практикующих НССП и совершающих суицидальные попытки, когнитивные паттерны и способы эмоциональной регуляции.

Выводы. Наличие НССП у пациентов с СИ ассоциировано с более низкими показателями резистентности к суицидальности. Это отражается как в более низком общем балле по шкале bRFL, так и по таким субшкалам, как «убеждения относительно выживания и совладания», «ответственность перед семьей», «забота о детях», «страх суицида» и «моральные запреты».

ОПЫТ ПРАКТИЧЕСКОЙ РЕАЛИЗАЦИИ МОДЕЛИ МОНИТОРИРОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ, ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ И МЕДИКО-ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ГОРОДЕ КИРОВЕ

Злоказова М.В., Семакина Н.В., Набатов И.Ф.

Кировский государственный медицинский университет,

Кировская областная клиническая психиатрическая больница

им. акад. В.М. Бехтерева

Киров

С целью повышения эффективности психиатрической помощи и психопрофилактической работы с подростками в г. Кирове с 2019 г. реализуется Модель мониторирования психического здоровья подростков, психопрофилактики и медико-психосоциальной помощи на основе межведомственного взаимодействия Департамента образования, Кировской областной психиатрической больницы им. академика В.М. Бехтерева (КОКПБ), Кировского детского клинико-диагностического

центра (ДДЦ), Городской Комиссией по делам несовершеннолетних и защите их прав (КДН), Кировского ГМУ, Вятского ГУ.

Модель поэтапно реализуется по следующим направлениям.

Первый этап психопрофилактической и психообразовательной работы был организован в школах в формате очных и онлайн лекций, размещения видеороликов на сайтах школ и медицинских учреждений, распространения буклетов для педагогов и родителей о симптомах психических расстройств у подростков, важности проведения своевременной диагностики и соблюдения рекомендаций специалистов (школьных психологов и психиатров, осуществляющих профосмотр). Проводилось обучение школьных психологов диагностике донозологических и инициальных психопатологических состояний у подростков с применением программированного психодиагностического скрининг-анкетирования (ПСА), психокоррекции данных расстройств, дальнейшей маршрутизации и психопрофилактике.

Организация второго диагностического этапа включала в себя проведение ПСА в школах для выявления подростков группы риска по психическим расстройствам, которых в дальнейшем углубленно обследовали школьные психологи и психиатры при профилактических осмотрах с учетом полученных данных. По результатам диагностического этапа подросткам с инициальными признаками психических расстройств определялась маршрутизация обследования и медико-психологической помощи, включающая выдачу рекомендаций родителям. В условиях школ с группой риска была организована адресная психопрофилактическая, психокоррекционная и социальная работа.

Третий этап оказания психологической, психотерапевтической и психиатрической помощи реализовывался в медицинских учреждениях,

осуществляющих психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь несовершеннолетним.

В связи с удаленностью расположения КОКПБ и стигматизирующими установками к психиатрической службе в схеме маршрутизации подростков с инициальными донозологическими признаками и риском развития психических расстройств был сделан акцент на оказание первичной психологической и психотерапевтической помощи в условиях детских поликлиник ДДЦ, что позволило повысить доступность и обращаемость к специалистам.

Для повышения эффективности психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи несовершеннолетним в условиях КОКПБ была проведена реорганизация детской службы с выделением в отдельную функциональную структуру «Центр психического здоровья детей и подростков» (Центр ПЗ), в ближайшие планы которого включено создание центра кризисной психологической помощи и психообразовательного сайта.

По результатам третьего этапа, выделяются следующие группы пациентов: 1) подростки с хроническими психическими расстройствами, нуждающиеся в динамическом наблюдении и лечебно-консультативной помощи психиатра; 2) пограничными психическими расстройствами, которым необходима психотерапевтическая помощь, психосоциальная реабилитация и вторичная психопрофилактика; 3) подростки, находящиеся в состоянии психологического кризиса с риском возникновения суицидальных тенденций, нуждающиеся в помощи кризисных психологов и психотерапевтов и, при необходимости, в госпитализации в КОКПБ.

Основной акцент помощи в Центре ПЗ сделан на амбулаторную помощь и дневные психиатрические стационары, открытые на базах

школ, что повышает доступность и дает возможность проводить лечение без отрыва от учебного процесса.

Необходимо отметить, что оказание качественной психосоциальной помощи подросткам из неблагополучных семей невозможно без тесного взаимодействия со смежными организациями (центры социально-психологической помощи семьям, органы опеки, комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав и др.) – эту работу выполняют социальные работники службы. Также совместная межведомственная медико-психосоциальная работа в регионе проводится с суицидентами и их семьями в соответствии с разработанными индивидуальными программами реабилитации.

Перспективным профилактическим направлением работы кризисного центра является организация выезда бригад в отдаленные районы региона для проведения консультаций подростков и их семей, находящихся в зоне риска по психосоциальной дезадаптации.

Четвертый этап основан на организации межведомственной преемственной медико-психосоциальной помощи, направленной на вторичную профилактику психической и социальной дезадаптации подростков, прошедших курс психотерапевтического лечения. На данном этапе осуществляется адресная психосоциальная маршрутизация подростка и его семьи с вовлечением в реабилитационный процесс школьных психологов и социальных педагогов; ресурсов дополнительного образования и молодежных волонтерских организаций города; центров социальной помощи семьям; специалистов ДДЦ и Центра ПЗ.

Разработка индивидуальных рекомендаций и маршрутизации по психосоциальной реабилитации необходима для динамической оценки психологического и социального функционирования подростка во всех сферах его жизни, своевременного выявления признаков ухудшения

психического состояния и направления на повторный курс медико-психологической реабилитации.

Реализация модели в 2019-2020 гг. повысила выявляемость психических расстройств у подростков в процессе профосмотра на 5,5 % и их обращаемость к медицинским психологам, психотерапевтам и психиатрам ДДЦ с инициальными донозологическими психическими расстройствами в 3 раза. Активно проводилась и продолжает совершенствоваться психопрофилактическая и психообразовательная работа в школах с учащимися из группы риска по психическим нарушениям и отклонениям в поведении. Отмечена положительная динамика статистических показателей суицидального поведения у несовершеннолетних – в г. Кирове в 2020 году не зарегистрировано завершенных суицидов (2019 год – 4 завершенных суицида), количество попыток снизилось в 2 раза (2019 год – 25 попыток, 2020 год – 12).

Представленная модель психопрофилактики для подростков на основе межведомственного медико-психосоциального взаимодействия реализуемая в городе Кирове отличается универсальностью организации для практической реализации в регионах. Новизна представленной комплексной поэтапной психопрофилактической и полипрофессиональной медико-психосоциальной реабилитации заключается в акценте на адресность и персонифицированную маршрутизацию лиц, нуждающихся в помощи. Преимуществом Модели является экономичность организации структуры с учетом имеющихся кадровых ресурсов медицинских учреждений, образовательных организаций и социальных служб. Реализация каждого этапа Модели позволяет в короткие сроки достичь положительных результатов в показателях психического здоровья подросткового населения региона.

КАФЕДРЕ ПСИХИАТРИИ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.И. БАГАЕВА КИРОВСКОГО ГМУ - 30 ЛЕТ

Злоказова М.В., Семакина Н.В., Рябов В.М.

Кировский государственный медицинский университет

Киров

В январе 2021 г. исполнилось 30 лет кафедре психиатрии им. профессора В.И. Багаева. В 1991 г. был организован курс психиатрии и медицинской психологии филиала Пермского ГМИ в г. Кирове, однако преподавание медицинской психологии студентам 2 курса началось уже с 1988 г. врачами Кировской областной клинической психиатрической больницы (КОКПБ) (В.П. Кондратюк, В.М. Рябов, В.П. Марков).

Курс был создан на базе КОКПБ (главный врач – Б.И. Кириллов) с коллективом опытных психиатров, которые помогали в становлении и развитии кафедры. Администрация стационара предоставила просторные помещения дли учебной деятельности. Коллектив кафедры возглавил главный психиатр областного управления здравоохранения, к.м.н. В.И. Багаев, первыми ассистентами стали В.М. Рябов и М.В. Злоказова.

Большую помощь в развитии кафедры оказали зав. кафедрой психиатрии Пермского ГМИ проф. А.С. Старицын и доцент В.А. Голышева, которые помогли в организации учебно-методической работы. Неоценимой была постоянная поддержка наших учителей: руководителя отделения детской нейропсихиатрии Ленинградского НИИ им. В.М.Бехтерева проф. Р.А. Харитонова, зам. директора проф. Ю.В. Попова, зав. кафедрой психиатрии Ленинградской педиатрической медицинской академии проф. Д.Н. Исаева.

В 1997 г. курс реорганизован в кафедру психиатрии и медицинской психологии; с 2004 г. по 2013 г. - кафедра психиатрии и наркологии; в

2013 г. - переименована в кафедру психиатрии; в 2014 г. - присвоено имя Владимира Ивановича Багаева (1943-2014 гг.).

На кафедре занимаются студенты 4, 5 курсов лечебного, педиатрического, стоматологического факультетов и 2 курса (специальность - «клиническая психология»). Особое внимание при обучении уделяется проблемам неотложной и пограничной психиатрии, эпилепсии, зависимостям, психосоматическим и соматопсихическим расстройствам.

Для повышения эффективности учебного процесса проводится большая методическая работа в соответствии с требованиями ФГОС 3+++: разработка новых программ, ситуационные задачи, видеоматериалы, постоянное обновление компьютерных тестов с 2006 г. С 2008 г. все лекции сопровождаются мультимедийными презентациями. В 2020 г. – переход на on-line обучение в связи пандемией коронавируса.

Студенты посещают студенческий научный кружок (СНК), выполняют реферативные и научно-исследовательские работы, с результатами которых выступают на межрегиональных и всероссийских конференциях, публикуют тезисы и статьи.

Учебную деятельность обогащают знания и большой практический опыт ассистентов-совместителей, работающих в КОКПБ. С нами успешно сотрудничали: Л.Ф. Саламатов, А.В. Исупов, Л.А. Юферев, В.П. Большев, С.Л. Ярунина, Е.В. Шихова, Ю.Л. Петухов, Н.Б. Захаров, Т.Л. Юферева, Е.А. Мальцева, Г.А. Мартовецкая и др.

Нашей надежной опорой и поддержкой были и остаются старшие лаборанты (А.Б. Гаврилина – до 1993 г., О.П. Кудрявцева – до 2018 г., С.В. Сергеева – с 2018 и по настоящее время).

С 1998 г. на кафедре проводятся циклы профессиональной переподготовки и тематические усовершенствования для врачей. В подготовке психиатров-наркологов активно участвовали сотрудники

Кировского областного наркологического диспансера В.Г. Кирилловых, Н.В. Тропина, О.С. Плехова.

Педагогическая деятельность профессорско-преподавательского состава кафедры всегда была тесно связана с лечебно-консультативной работой: курация пациентов, участие во врачебных комиссиях и консилиумах, консультирование пациентов в КОКПБ и других ЛПУ г. Кирова. При активном участии сотрудников кафедры были открыты: центр психотерапии и сексологии (1991); детские дневные психиатрические стационары на базе общеобразовательных школ (1993), в условиях детского сада №159 (2005); областной эпилептологический центр (1994); реабилитационное отделение (2000); отделение первого психотического эпизода (2008); отделение психотерапии (2013). В последние годы в КОКПБ активно развиваются и совершенствуются биопсихосоциальная терапия и реабилитация.

Научная деятельность кафедры началась в 80-годы, когда В.И. Багаев защитил кандидатскую диссертацию (1982) «О роли гипоксически-травматических поражений новорожденных в этиологии эпилепсии у детей», в дальнейшем он занимался медико-психосоциальными проблемами гемофилии (докторская диссертация - 2002 г.). Значительные успехи сотрудниками кафедры совместно с практическим здравоохранением были достигнуты в области детской психиатрии благодаря усилиям главного психиатра Департамента здравоохранения, д.м.н., профессора В.И. Багаева (2012-2014 гг. - главный детский психиатр-эксперт ПФО). Детский дневной психиатрический стационар на базе общеобразовательных школ (открыт в 1993 г.) - уникальная форма оказания психиатрической и психотерапевтической помощи детям на основе биопсихосоциального подхода, не имеющая аналогов в России. В настоящее время продолжается разработка организационных проблем детско-подростковой психиатрии на основе

междисциплинарного взаимодействия, внедрена новая технология «Психодиагностический скрининг» в психиатрические профосмотры подростков (2019).

Проблемам детской и подростковой психиатрии посвящены кандидатские диссертации: В.М. Рябова (1993), М.В. Рябинина (1993), М.В. Злоказовой (1994), Л.П. Маринчевой (2005), И.А. Бочаровой (2006), Н.В. Семакиной (2013). Клинико-психологическим и реабилитационным аспектам задержки психического развития посвящена докторская диссертация М.В. Злоказовой (2004).

Депрессивные расстройства у женщин изучались в кандидатской диссертации ассистента кафедры Е.П. Еликовой (1997); клинико-эпидемиологическое и медико-психологическое исследование эпилепсии проведено А.А. Стародумовым (1999); многоосевой диагностикой психических расстройств у лиц призывного возраста занимался - Ю.Л. Петухов (2002); Н.Б. Захаров - социальной адаптацией молодых женщин с параноидной шизофренией (2004), И.Т. Нуреев - клинико-психологическими проблемами в обучении у студентов КГМА (2012).

В 2009 г. была открыта аспирантура. Аспирантами кафедры являлись успешно защитившие кандидатские диссертации Н.В. Семакина («Влияние клинико-психопатологических проявлений заболевания у детей, страдающих эпилепсией, на качество жизни и социально-психологическое функционирование матерей», 2013) и Е.А. Мальцева («Социально-психологический статус и клинические особенности пациентов с шизофренией молодого возраста», 2015).

Изучению последствий боевого стресса у комбатантов-полицейских и организации системы психиатрической помощи данному контингенту в РФ посвящены научные исследования д.м.н. Е.Г. Ичитовкиной (кандидатская диссертация - 2012, докторская - 2016).

В настоящее время на кафедре работают 1 профессор, д.м.н., 1 д.м.н. и 2 кандидата медицинских наук. Остепененность сотрудников составляет 75%. Сотрудники кафедры плодотворно сотрудничают с ведущими научными учреждениями страны: Национальным медицинским исследовательским центром психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, Национальным медицинским исследовательским центром психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского, Военно-медицинской академией имени С.М. Кирова, Северным государственным медицинским университетом и др.

За 30 лет защищено 3 докторских и 16 кандидатских диссертаций, опубликовано более 550 научных работ, издано 8 монографий. Проведено более 60 конференций различного уровня, выпущено 15 сборников научно-практических работ.

В 1998 г. при активном содействии к.м.н. А.Г. Чудиновских на кафедре открыт музей В.М. Бехтерева. В 1999 г. КОКПБ было присвоено имя нашего выдающегося земляка В.М. Бехтерева.

Большую помощь в организации кафедры оказывали ректоры Кировского ГМУ – проф. В.А. Журавлев, проф. И.В. Шешунов, в настоящее время – профессор Л.М. Железнов. Плодотворной деятельности сотрудников кафедры способствовала помощь главных врачей КОКПБ им. акад. В.М. Бехтерева: заслуженного врача РФ, к.м.н. Ю.Л. Петухова, с 2018 г. - И.Ф. Набатова.

Для кафедры - 30 лет - небольшой возраст, надеемся, что при условии тесного сотрудничества с практическим здравоохранением и нашими учителями кафедра психиатрии им. В.И. Багаева будет успешно развиваться и в дальнейшем.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЕСОЧНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ У ДОШКОЛЬНИКОВ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Злоказова М.В., Шабалина Ю.В.

Кировский государственный медицинский университет,

Кировская областная клиническая психиатрическая больница

им. акад. В.М. Бехтерева

Киров

Одним из методов эффективной психологической коррекции с дошкольниками с задержкой психического развития (ЗПР) является песочная психотерапия. Игры с песком – одна из форм естественной активности ребенка, поэтому целесообразно использовать песочницу для проведения коррекционных, развивающих и обучающих занятий.

В ходе песочной терапии осуществляется работа с песком и миниатюрными фигурками. Она позволяет активизировать фантазию, позитивно влияет на эмоциональное самочувствие детей. Песочная психотерапия является прекрасной развивающей средой. Использование ее возможно для проективной психодиагностики; психокоррекции и психотерапии; психопрофилактики и обучения.

Дошкольникам с ЗПР даются «сказочные» инструкции. «Тематические» – для проработки определенной проблемы. «Моделирующие» – для создания определенного состояния. Например: «Представь себе, что ты Волшебник. Он долго путешествовал, искал место, где еще никто не жил. Наконец, он пришел в пустыню. И задумал Волшебник превратить ее в сказочную страну и населить ее разными существами… Преврати пустыню в тот мир, какой ты захочешь…».

Ребенок начинает строить свою страну. После завершения проводится обсуждение:

- Расскажи, что ты построил, и кто здесь живет? Чем занимаются жители твоей страны? (Как правило, дети с ЗПР при таких вопросах

начинают перечислять игрушки, которые они расставили, рассказывать, что они делают).

- Измени в песочнице все, что необходимо (чаще всего при этом дети начинают хаотично переставлять игрушки).

Слушая рассказ, следует обращать внимание на характер взаимодействия между жителями, что отражает особенности общения ребенка с окружающими людьми.

Дошкольникам с ЗПР требуется очень точная инструкция, например: «Создай на песке свою семью», которая повторяется несколько раз. Для «знакомства» с песочницей обычно требуется 2-3 занятия.

При работе с дошкольниками с ЗПР необходимо больше времени на объяснение задания, поэтому общее время работы доходит до 50-60 минут. Сюжет у детей с ЗПР нечеткий, с недостаточным распределением ролей и функций между жителями созданной страны. Для перехода от возбуждения к торможению им необходимо больше времени, чем в норме. При проведении песочной терапии в виде спонтанной игры в группе детей чаще всего наблюдается конфронтация, борьба за территорию, параллельная игра, тогда как у обычных детей происходит переход к сотрудничеству или ассимиляция.

К относительным недостаткам песочной терапии относятся: длительность и индивидуальный характер работы, что не дает ребенку возможности существенно изменить коммуникативные навыки в ходе ее проведения. Дети с ЗПР часто воспитываются в неблагополучных семьях, в которых часто бывают скандалы и конфликты. В процессе песочной терапии ребенок может проиграть ситуацию, которая его сильно беспокоит. При этом ребенок получает возможность отреагировать отрицательные эмоции и чувства, освободиться от негативных переживаний, снять напряжение и научиться новым способам саморегуляции.

Таким образом, песочная психотерапия является одним из наиболее эффективных способов отреагирования негативных эмоций у детей дошкольного возраста, в том числе и с ЗПР, а также средством развития эмоционально-волевых навыков.

ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ФОРМИРОВАНИЮ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПЕНСИОНЕРОВ–КОМБАТАНТОВ ОВД

Ичитовкина Е.Г., Злоказова М.В., Рассоха А.А.

Управление медицинского обеспечения ДТ МВД России,

Кировский государственный медицинский университет,

Медико-санитарная часть МВД России по Кировской области

Киров

Психические расстройства являются 3-й по частоте причиной инвалидности у пенсионеров Министерства внутренних дел (МВД) – ветеранов боевых действий. Установлены многочисленные факторы нарушений адаптации участников боевых действий после возвращения к мирной жизни, проявляющиеся в сфере межличностных отношений: конфликтность, высокий уровень агрессии, разводы, суициды, алкоголизм и наркомании. Влияние личностных факторов на формирование ППР у пенсионеров-комбатантов ОВД изучено недостаточно, несмотря на то что их анализ необходим для совершенствований организационных подходов к профилактике психических нарушений у данного контингента.

Цель. Определить личностные факторы, способствующие формированию психических расстройств у пенсионеров-комбатантов ОВД.

Материалы и методы. Было обследовано 186 мужчин - пенсионеров МВД России, в возрасте от 34 до 64 лет (ср. возраст 46,5±5,8), уволенных за период с 2008 по 2018 гг. по выслуге лет, дающей право на

пенсию. Обследованные были разделены на две группы в зависимости от участия в боевых действиях: основную группу (ОГ) - 106 (56,9%) пенсионеров-комбатантов ОВД, выполнявших оперативно-служебные задачи в особых условиях, средний возраст 46,04±6,02 года, и группу сравнения (ГС) - 80 человек (43,1%), которые в период службы не являлись участниками боевых действий, средний возраст 46,92±5,61 года. Изучались данные СМИЛ с использованием базовых и дополнительных шкал. Статистическая обработка результатов исследования проведена с использованием программ STATISTICA 10.0 (разработчик – StatSoft.Inc). Проводился факторный анализ (анализ главных компонент, варимакс вращение), вывод факторных нагрузок 0,4 и более.

Результаты и обсуждения. Факторный анализ преморбидного профиля СМИЛ с использованием базовых и дополнительных шкал выявил 4 группы факторов, способствующих формированию психических расстройств у пенсионеров–комбатантов МВД: первый фактор (F1) объяснял 33,3% общей дисперсии, отражал «ригидно-пессимистические» черты личности и включал следующие переменные: невротический сверхконтроль поведения, пессимистичность, эмоциональную лабильность, ригидность, тревожность, индивидуалистичность, тревогу, эпилепсию, ипохондрию, соматические жалобы; второй фактор (F2) - «алкогольно - невротическая реакция» объяснял 23,1% дисперсии и включал переменные базовых шкал: социальную интроверсию, алкоголизм, тревогу, враждебность, психоневроз, в данный показатель вошли с отрицательным факторным весом: конверсионная истерия и интеллектуальные способности, что свидетельствовало о том, что чем выше был у комбатанта интеллект и демонстративные черты личности, тем меньше у него был риск формирования психического расстройства; третий фактор (F3) –

«депрессивная дискоммуниктивность» включал переменные: социальной интроверсии и депрессии, отрицательный факторный вес имела оптимистичность, что говорит о том, что наличие оптимистического настроя является фактором, препятствующим формированию психических расстройств; четвертый фактор (F4) - «импульсивно-ригидное поведение» состоял из переменных импульсивности и ригидности.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о том, что формированию ППР у пенсионеров-комбатантов МВД способствуют: «ригидно-пессимистические» черты личности, «алкогольно-невротическая реакция» на события, «депрессивная дискоммуниктивность», «импульсивно-ригидное поведение». Данные особенности личности и реагирования целесообразно учитывать при разработке и проведении профилактических психокоррекционных мероприятий при направлении личного состава в зону боевых действий и возвращении к обычной жизни.

СПЕЦИФИКА РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА В ОТДЕЛЕНИИ ДЕТСКОГО ДНЕВНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА НА БАЗЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Костылева Н.В.

КОГБУЗ КОКПБ им. акад. В.М. Бехтерева

Киров

Конкретное содержание работы медицинского психолога может широко варьировать в зависимости от специфики отделения психиатрической больницы (общее, специализированное, реабилитационное) и контингента больных. В 1993 г. в Кировской областной клинической психиатрической больнице имени

В.М. Бехтерева был открыт и по настоящее время функционирует детский дневной стационар на базе шести общеобразовательных школ и детского сада, всего на 175 мест. В отделении оказывается психотерапевтическая, психиатрическая, психологическая и психопрофилактическая помощь учащимся, их родителям и педагогам.

Психологическое обеспечение работы ДДПС является значимым звеном в комплексной помощи детям с психическими расстройствами. Медицинские психологи активно задействованы в диагностическом, консультационном, психопрофилактическом направлениях и психологической коррекции. Работа медицинских психологов не является суммой разнообразных методов коррекционно-развивающей и реабилитационной помощи. Она выступает как комплексная технология, особая культура поддержки и помощи детям в решении задач укрепления нервно-психического здоровья, развития, обучения и воспитания.

Всем детям, поступающим на лечение в отделение, дважды проводится экспериментально-психологическое исследование: при поступлении и перед выпиской. Сравнение результатов первичного и повторного тестирования даёт возможность оценить эффективность системы психологической помощи и проводимой терапии в целом. Медицинский психолог проводит экспериментально-психологическое обследование ребёнка по назначению лечащего врача, который формулирует задачу исследования. Психодиагностика может быть направлена на исследование особенностей памяти, внимания, умственной работоспособности, мышления, показателей интеллектуальных способностей, сформированности учебных навыков, особенностей эмоционально-волевой сферы, личности, возможностей социальной адаптации, особенностей взаимоотношения с членами семьи и сверстниками. Результаты психодиагностического исследования каждого ребёнка обсуждаются с лечащим врачом с целью выработки оптимальной

индивидуальной программы коррекционных и реабилитационных мероприятий. Психодиагностика не является собственно методом психологической помощи, а выступает необходимым её условием. Анализ результатов первичного и повторного психодиагностических исследований, проводимый регулярно, отражает наличие положительной динамики результатов по всем параметрам после курса комплексной терапии. При проведении психокоррекционной работы осуществляется обучение детей приёмам логического запоминания с помощью установления логических связей, что способствует повышению эффективности мнестических процессов. Увеличение показателя словесно-логического мышления связано с развитием основных мыслительных операций у школьников. Повышается работоспособность, в несколько меньшей степени – внимание, отмечается улучшение настроения и значительное снижение тревожности у детей.

С родителями детей, находящихся на лечении, проводится психологическое консультирование по результатам психодиагностического исследования и выявленным особенностям. На этапе консультации необходимо сформировать положительное отношение родителей к перспективам дальнейшей совместной работы и их уверенность в том, что их участие станет существенным элементом помощи ребёнку. Многие из родителей обращаются за повторной консультацией в ходе лечения. По окончанию лечения родители приходят на беседу к медицинскому психологу с целью определения путей дальнейшей психологической поддержки и реабилитации ребёнка. В тех случаях, когда психодиагностическое обследование ребёнка выявляет недостаточность речевого развития, внимания, памяти, низкую работоспособность и быструю утомляемость, выраженную несформированность основных мыслительных операций, встаёт вопрос об особых образовательных потребностях таких детей, которые

подразумевают наличие особых условий обучения. В рамках консультации необходимо начать формирование у родителей мотивации на смену программы обучения для ребёнка, что является очень трудной задачей, в силу выраженного нежелания родителей воспринимать данную информацию и активного сопротивления. Психологические коррекционно-развивающие занятия проводятся с детьми, посещающими ДДПС, по показаниям. Занятия проводятся с периодичностью 2 раза в неделю продолжительностью 40 минут, количество 6-12 занятий на курс реабилитации (в зависимости от длительности пребывания ребёнка в дневном стационаре). Большая часть психологических коррекционных занятий посвящена коррекции и развитию познавательных способностей детей. Они направлены на преодоление нарушений внимания, его активизацию, обучение специальным приёмам запоминания, на устранение недостатков мыслительной деятельности, развитие основных мыслительных операций и важнейших интеллектуальных умений, составляющих ядро познавательной деятельности школьников. На занятиях по развитию эмоциональной сферы дети учатся осознавать свои чувства, выражать их приемлемыми способами, справляться с неприятными чувствами, понимать эмоциональное состояние других людей.

Помимо коррекции познавательной и эмоциональной сфер учащихся медицинские психологи проводят тренинги эффективного общения и личностного роста, в основном, с учащимися среднего звена школы. Навыки эффективного общения позволяют школьникам успешно взаимодействовать со сверстниками и взрослыми. Тренинг личностного роста направлен на повышение самооценки и формирование положительных характерологических качеств учащихся. В рамках тренинга психолог, воздействуя словом, поступком, действием создаёт благоприятные условия для развития положительных

характерологических особенностей, закрепления нужных форм поведения, формирования навыков бесконфликтного общения. В ДДПС на базе школ №18 и №60 психологи в коррекции эмоционально-волевой учащихся широко используют элементы сенсорной комнаты, имеющейся в этих подразделениях.

Кроме групповых коррекционных занятий психологи проводят индивидуальную коррекционную работу с применением рациональной психо¬терапии и индивидуальных развивающих занятий с детьми, имеющими более выраженную степень расстройств и с теми, кто не удерживается в группе.

Медицинские психологи принимают активное участие в психопрофилактической работе. Проводятся регулярные выступления на родительских собраниях и педагогических советах школ по различным вопросам в области психического здоровья учащихся. Психологические аспекты работы по укреплению нервно-психического здоровья детей освещаются на медицинских и образовательных научно-практических конференциях. Подготовлены методические рекомендации, оформлены стенды для повышения психологической грамотности учащихся, их родителей и педагогов.

Работа специалистов ДДПС на базе общеобразовательных школ способствует раннему выявлению отклонений в психологическом состоянии детей и подростков и своевременному оказанию им необходимой помощи. Деятельность ДДПС является эффективной благодаря согласованной работе специалистов разного профиля (психиатры, психотерапевты, медицинские психологи), которые проповедуют единые ценности и включены в общую организационную модель оказания помощи. Работа медицинских психологов в данной бригаде является важной составляющей комплексной помощи детям и подросткам с психическими расстройствами.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Ломакина Г.В., Косенко В.Г., Косенко Н.А., Шулькин Л.М.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Краснодар

Актуальность. Одной из острых социальных и медицинских проблем для современного общества является увеличение в популяции числа пожилых лиц и рост среди них психических расстройств пограничного уровня. К группе пограничных психических расстройств относятся невротические расстройства (НР), которые в отличие от основных психозов, объединены неспецифическими психопатологическими проявлениями невротического уровня.

Среди россиян старшего поколения нередко наблюдаются социальные стрессовые расстройства. Этого диагноза официально не существует, но именно так можно назвать состояние людей, переживших социально-экономические и политические потрясения вследствие распада Советского Союза. Оказавшись в условиях рыночной экономики, они потеряли жизненные ориентиры, перестали понимать, для чего трудились, стали ощущать ненужность обществу и стране. Макросоциальные конфликты на фоне стресса и депрессии послужили причиной возникновения социального стрессового расстройства.

Отмечен высокий разброс статистических показателей распространенности НР в пожилом возрасте, что может быть связано с недостаточной выявляемостью этих состояний, трудностью разработки единых диагностических критериев, различной методологией исследований. Вместе с тем следует отметить, что особое значение лечение НР имеет для постпенсионного периода, когда человек еще может сохранить профессиональную трудоспособность.

Среди тревожных и связанных со стрессом расстройств чаще всего психиатры в нашей стране используют диагнозы смешанного тревожного и депрессивного расстройства и расстройства адаптации. Хотя зарубежные авторы считают их скорее предварительными диагнозами, предназначенными в первую очередь для пациентов первичной (неспециализированной) медицинской помощи, имеющих наиболее легкие, синдромально не оформленные состояния. Скорее всего, данная позиция основана на нормоцентрическом подходе к оценке психики человека.

Следует отметить полиморфность и неопределенность дифференциальной диагностики НР, входящих в рубрику F43.2 и необходимость изучения личностных характеристик пациентов в плане реализации принципа персонификации лечения. Для постановки диагноза по нозологической единице F43.22 МКБ-10 необходимо установить сочетание отчетливо выраженных симптомов тревоги и депрессии и расстройство адаптации, учитывая при этом значимость стрессорного фактора для пациента и неспособность адаптироваться, нарушающее повседневное функционирование. Показано, что для пожилых людей характерно наличие в анамнезе множественной травматизации, вызванной различными событиями.

Цель исследования. Выявить социально-стрессовые факторы у женщин постпенсионного возраста, страдающих невротическими расстройствами, не занимающихся профессиональной деятельностью и продолжающих трудиться.

Материал и методы. В основную группу были включены 200 женщин в возрасте от 55 до 75 лет, госпитализированных в отделении неврозов психиатрической клиники с диагнозом «смешанная тревожно-депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации» (F43.22 по МКБ-10);

Основная группа разделялась на две группы: 1 группа – пациентки, оставившие трудовую деятельность (n=106), 2 группа – пациентки, продолжающие трудиться (n=94).

Использован метод анкетирования и психометрический метод определения стрессоустойчивости и социальной адаптации по шкале Holmes-Rahe (Холмса и Раге).

На каждого пациента заполнялась «Карта социально-анамнестического обследования», включающая перечень основных факторов риска развития НР, на которые респондент должен был указать. Нами выбраны 10 основных социальных факторов риска развития стрессовых расстройств, наиболее типичных для обеих групп испытуемых:

1. Угроза, страх безработицы;
2. Страх материального обнищания;
3. Неуверенность в завтрашнем дне;
4. Плохие жилищные условия;
5. Смерть близких;
6. Болезнь близких;
7. Длительная разлука;
8. Конфликты в семье;
9. Физическое и психическое переутомление;
10. Хронические соматические заболевания.

Шкала стрессоустойчивости и социальной адаптации Holmes-Rahe перечисляет 43 распространенных жизненных события, являющихся в той или иной степени стрессогенными. Каждому событию соответствует определенное количество баллов. Пациентки отмечали в списке те события, которые с ними случались за последний год.

По количеству набранных баллов устанавливается высокая, пороговая или низкая стрессоустойчивость

Результаты и их обсуждение. Анализ основных социальных факторов риска по данным опроса показал, что страх безработицы волновал 88% работающих пациенток и только 44 % не работающих. Превалировал страх материального обнищания (у более 70 и 80%) и неуверенность в завтрашнем дне у подавляющего большинства пациенток.

Данные о социальных факторах проанализированы с применением методик χ2 и критерия Манна-Уитни. Получены результаты: χ2Эмп = 11.388 различия статистически не значимы, эмпирическое значение Uэмп(48.5) находится в зоне незначимости. Это свидетельствует о том, что социальные факторы оказались одинаково значимыми для женщин как работающей, так и не работающей группы.

Кроме того, 28% неработающих женщины по рабочему периоду жизни припомнили и конфликты на работе, а почти все работающие женщины стрессовыми факторами назвали конкуренцию и конфликты на работе и 24% жаловались на низкую, нерегулярную заработную плату.

В перечне жизненных событий по шкале Холмса и Раге в течение последнего года наши пациентки чаще всего отмечали: смерть близкого члена семьи, травма или болезнь, усиление конфликтности отношений с супругом, проблемы с родственниками, проблемы с начальством, конфликты, изменение индивидуальных привычек, связанных со сном, нарушение сна, изменение привычек, связанных с питанием (количество потребляемой пищи, диета, отсутствие аппетита и т. п.), рождество, встреча Нового года, день рождения.

Низкую стрессоустойчивость мы зафиксировали только у трети неработающих женщин и у 18% работающих. Математическая обработка данных показала статистическую значимость различий по стрессоустойчивости между группой 1 (среднее значение 2,11) и группой 2 (среднее значение 2,52), т. к. t-критерий=-3,580 при p=0,000≤0,05. Это

значит, что стрессоустойчивость работающих пациенток выше, чем неработающих.

Выводы. Проведенное исследование установило факторы социального стрессового расстройства у пациенток, имеющих диагноз «смешанная тревожно-депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации» (F43.22 по МКБ-10), в виде неуверенности в завтрашнем дне, страхе материального обнищания, угрозе и страхе безработицы как последствиях кризиса пенсионного возраста и проблемы сохранения или прекращения трудовой деятельности. Выявленные в нашем исследовании 10 основных факторов риска развития стрессовых расстройств, оказались одинаково значимыми для обеих групп испытуемых.

По шкале стрессоустойчивости и социальной адаптации показатели стрессоустойчивости работающих пациенток оказалась достоверно выше, чем у неработающих. В основном установлена пороговая стрессоустойчивость, что является показателем ресурсных возможностей наших пациенток и учитывалась в персонифицированном подходе к терапии.

Для женщин нашей выборки также можно считать, что кумулятивный эффект множественной стрессогенной травматизации явился причиной развития невротического расстройства, часто маскирующегося соматическими проявлениями.

ТЕРАПИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ И СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ У ШКОЛЬНИКОВ В ДЕТСКОМ ДНЕВНОМ ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ НА БАЗЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ

Маринчева Л.П., Злоказова М.В.

Кировская областная клиническая психиатрическая больница им. акад. В.М. Бехтерева,

Кировский государственный медицинский университет

Киров

В этиопатогенезе психосоматических расстройств и соматовегетативных дисфункций (ПСР и СВД), в соответствии с существующими в настоящее время взглядами на их многофакторную природу, существенное влияние отводится комплексу биологических, психологических и микросоциальных факторов, таких как: наследственная предрасположенность, личностные особенности, специфика психотравмирующих ситуаций, особенности эмоционального реагирования и своеобразие стиля семейного воспитания. Наибольшую эффективность в лечении как ПСР, так и СВД («органные неврозы»), обеспечивает своевременная комплексная терапия, основанная на биопсихосоциальном подходе с акцентом на психотерапию наряду с соматотропной терапией. Реализация такого подхода в отношении пациентов с ПСР и СВД становится возможной в условиях детского дневного стационара (ДС № 3) на базе общеобразовательной школы.

Цель исследования. Изучить эффективность комплексной терапии психосоматических и соматоформных расстройств у школьников в условиях детского дневного психиатрического стационара на базе общеобразовательной школы.

Материалы и методы. Было обследовано 206 школьников, средний возраст – 10,5+1,5 лет, а также 206 семей. В основную группу

вошло 103 чел., из них с ПСР - 82 чел., (заболевания желудочно-кишечного тракта - 29 чел., аллергодерматозы - 25 чел., бронхиальная астма - 16 чел., артериальная гипертензия - 12 чел.) и с СВД - 21 чел. В группу сравнения было включено 103 чел. с первой группой здоровья, средний возраст – 10,5+1,5 лет, обучавшихся в школах № 61, 62, 65, 66 г. Кирова. Применялись клинико-психопатологический метод исследования; экспериментально-психологические методы: метод цветовых выборов модифицированный восьмицветовой тест Люшера, методика диагностики акцентуации характера Шмишека, методика АСВ (анализ семейных взаимоотношений). Статистическая обработка полученного материала проводилась с использованием критериев Фишера и Вилкоксона (программная система SPSS for Windows (vers. 13), достоверными считались различия при p<0,05.

Результаты исследования. Достоверно чаще в основной группе встречались: патология беременности и родов - 70,9%, в группе сравнения - 34,0%; наследственная предрасположенность к возникновению ПСР - 71,8% и 24,3% - соответственно.

К значимым социально-психологическим факторам возникновения ПСР и СВД относились: дезадаптивные стили семейного воспитания (потворствующая или доминирующая гиперпротекция, воспитание в режиме повышенной моральной ответственности), выявленные в семьях у детей с ПСР и СВД в 73,8% случаев, в группе сравнения – 21,4%; нарушения детско-родительских отношений - 76,7% и 28,2%; психотравмирующие ситуации – 63,1 % и 14,6% - соответственно.

У пациентов основной группы значимо чаще встречались акцентуации характера, что обусловливало особенности реагирования на стрессовые ситуации, основная группа - 33,0%, группа сравнения - 7,7%: сенситивного типа - 8,7% и 0%, лабильного – 10,7% и 4,9%, психастенического - 13,6% и 2,9% – соответственно.

В основной группе достоверно чаще наблюдались высокие показатели тревожности: 26,2% и 1,9% - соответственно.

В связи с данными настоящего и проведенных ранее исследований мишенями психотерапии у пациентов с ПСР и СВД являлись: узость спектра адаптивных реакций (уход от разрешения проблемных ситуаций, избегание обсуждения конфликтов, подавление эмоций); последствия перенесенных психотравмирующих обстоятельств; тревожность, соматизированная депрессия, эмоциональная лабильность; личностные особенности: ригидность, сенситивность, алекситимия; нарушенная система детско-родительских отношений и неконструктивные стили воспитания в семье.

Комплексная терапия пациентов с ПСР и СВД в условиях ДС № 3 проводилась бригадой специалистов под руководством психотерапевта на основе биопсихосоциального подхода, при этом психолог обеспечивал психодиагностику с выявлением мишеней терапии, социальный работник активно работал с окружением пациентов. Применялось интегративное направление психотерапии с выделением основных психотерапевтических мишеней и составлением индивидуальной психотерапевтической программы (ИПП).

Индивидуальная и групповая психотерапия применялась у 100% пациентов. Групповая психотерапия проводилась в малых группах, включавших от 8 до 12 человек, количество занятий – 10-12.

Использовались следующие методы психотерапии: арттерапия, гештальт-терапия; кататимно-имагинативная (символдрама) и телесно-ориентированная, рациональная и суггестивная психотерапия.

Арттерапия было особенно эффективной у пациентов с алекситимией и укоренившейся «соматической внутренней картиной болезни». В процессе работы использовалась способность пациента проецировать и отражать в рисунке свои внутренние противоречия, эмоции, страхи,

«смутные» телесные ощущения, болезненные симптомы. Это давало возможность не только для осознания, но и для вербализации своих переживаний, перестройки и проигрывания в рисунке новых моделей отношений. В конце каждого сеанса терапии проводилось обсуждение работы, позволявшее пациенту интегрировать полученный опыт.

Гештальт-терапия способствовала завершению травмирующих ситуаций, проработке наиболее актуальных на данный момент переживаний, осознанию внутренних конфликтов, формированию чувства ответственности, акцентировала внимание пациента на когнитивных, эмоциональных и телесных аспектах проблемы, способствуя глубокой проработке.

Использование кататимно-имагинативной терапии (символдрамы) позволяло осознать эмоциональные переживания, неосознаваемые глубинные конфликты личности, лежащие в основе развития расстройства с помощью анализа визуальных символов.

Рациональная психотерапия сопровождала терапию пациентов на всем ее протяжении и позволяла корректировать искаженную «внутреннюю картину болезни».

Широко использовались методы суггестии: проводилось обучение приемам саморегуляции, аутогенной тренировки, что позволяло в более короткие сроки купировать тревожно-депрессивные проявления, нарушения сна, эмоциональную лабильность.

Важнейшим элементом работы являлась семейная психотерапия, направленная на коррекцию стиля воспитания и детско-родительских отношений. Использовался системный подход к решению проблем пациента и его семьи. Учитывая родительское влияние на детей, многим из них был рекомендован курс психотерапевтического лечения.

Положительная динамика после проведения комплексной терапии, включавшей интегративную психотерапию, была отмечена у 99,7%

школьников с ПСР и СВД и выражалась в улучшении настроения и сна, стабилизации эмоционального статуса, уменьшения раздражительности и соматических проявлений, нормализации самооценки и формировании хорошей социальной адаптации. Достоверно снизились показатели тревоги (до проведения терапии - 2,98+0,48 баллов, после - 1,71+0,31) и улучшилось настроение (до терапии - 14,05+0,42 балла, после - 15,68+0,78).

Выводы. Использование комплексной терапии школьников с ПСР и СВД с применением интегративного направления психотерапии, как этиопатогенетического метода, с учетом выявленных в ходе исследования мишеней воздействия, в условиях детского дневного психиатрического стационара на базе общеобразовательной школы является эффективным и позволяет не только устранять неблагополучие в психической и соматической сферах, но и препятствует хронизации процесса и развитию социально-психологической дезадаптации у данного контингента.

ОЦЕНКА ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Меднова И.А.[1], Корнетова Е.Г.[1], Герасимова В.И.[1], Бурдовицина Т.Г.[1], Корнетов А.Н.[2]

[1]НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ

[2]ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России

Томск

Актуальность. Ожидаемая продолжительность жизни у больных шизофренией существенно ниже по сравнению с общей популяций. Основными причинами высокой смертности пациентов данной группы считаются сердечно-сосудистые заболевания и суициды. К факторам риска суицида у больных шизофренией относят как клинические, так

социальные и биологические факторы, в частности молодой возраст, мужской пол, более высокий уровень образования, наличие депрессивных симптомов, активные галлюцинации, бред, повышение уровня провоспалительных цитокинов, дисрегуляция липидов и др.. В литературе представлены неоднозначные данные относительно связи липидов крови и суицидального поведения. Повышенный риск суицида связан с низким уровнем общего холестерина в плазме крови. Кроме того, были выявлены ассоциации между суицидальными идеями и низким уровнем общего холестерина, липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) и триглицеридов у пациентов с шизофренией. В свою очередь, некоторые исследования не выявили связи между липидным профилем сыворотки крови и суицидальным поведением. В связи с противоречивыми результатами предыдущих исследований представляется актуальным продолжение изучения взаимосвязи липидного спектра и суицидального поведения у больных шизофренией.

Цель и задачи. Целью данного исследования была оценка липидного спектра у больных шизофренией с парасуицидами в анамнезе.

Материалы и методы. Исследование проводилось в соответствии с этическими нормами Хельсинкской декларации, разработанными для экспериментов с участием человека, и было одобрено советом по этике НИИ Психического здоровья Томского НИМЦ (протокол № 187 от 24.04.2018). В исследование включили 49 больных шизофренией (F20 по МКБ-10, 26 мужчин и 23 женщины), проходивших стационарное лечение в отделение эндогенных расстройств НИИ Психического здоровья Томского НИМЦ. Наличие парасуицидов в анамнезе оценивали на основании клинического интервью с пациентом и его родственниками, а также использовались сведения из медицинской документации. Степень суицидального риска была оценена с использованием шкалы безнадежности Бека, которая обладает высокой специфичностью и

достоверностью для выявления суицидального риска. Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании. Для повышения однородности выборки в исследование включались пациенты с индексом массы тела менее 30, а также, не соответствовавшие критериям метаболического синдрома. Медиана возраста пациентов составила 31 [27; 36] лет, медиана продолжительность основного заболевания составляла 6 [3; 9] года. Общий балл по шкале позитивных и негативных синдромов PANSS составлял 101 [96; 105] балл. У пациентов утром натощак после 12-часового голодания отбирали образцы крови для определения концентрации общего холестерина, липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) и триглицеридов колориметрическими энзиматическими методами. Рассчитывали концентрацию ЛПНП и индекс атерогенности по стандартным формулам Фридвальда и Климова соответственно. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы SPSS Statistic (V. 23). Соответствие выборки нормальному закону распределения оценивали с использованием критерия Шапиро-Уилка, а статистическую значимость различий – с использованием U-критерия Манна-Уитни. Критический уровень значимости принимался $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение. Средний общий балл по шкале безнадежности Бека составил 6 [4; 7] баллов. Для оценки липидного спектра пациентов распределили в две группы в зависимости от уровня безнадежности: у 12 пациентов не выявили безнадежности, и у 37 выявлялась легкая или умеренная степень безнадежности. Не было обнаружено различий в концентрации общего холестерина, триглицеридов, ЛПВП, ЛПНП или индекса атерогенности между изучаемыми группами.

По данным клинического интервью 20 пациентов сообщали о наличии суицидальных попыток в анамнезе, и у 29 участников не было

зарегистрировано парасуицидов. У пациентов с парасуицидами было обнаружено статистически значимое снижение уровня общего холестерина (до 4,4 [3,9; 4,8] против 4,8 [4,5; 5,2] ммоль/л у больных, не имевших попыток суицида в анамнезе, p = 0,05) и ЛПНП (до 2,75 [2,07; 3,26] против 3,28 [2,72; 3,75] ммоль/л у больных, не имевших попыток суицида в анамнезе, p = 0,027). Индекс атерогенности был ниже у больных с суицидальными попытками в анамнезе на уровне тенденции (p = 0,075). Уровень триглицеридов и ЛПВП оказался сопоставим у пациентов из обеих групп. Липиды играют важную роль в поддержании структуры мембран нейрональных клеток и могут влиять на доступность пресинаптических переносчиков серотонина и постсинаптических серотониновых рецепторов. Можно предположить, что снижение периферических и центральных липидов является одним из путей, приводящих к дисбалансу серотонинергической системы, появлению депрессивных симптомов и суицидальных идей.

Выводы. В результате проведенного сравнительного исследования было выявлено снижение уровня общего холестерина и ЛПНП у больных шизофренией с парасуицидами в анамнезе.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ И ТЕЧЕНИЕ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Мелёхин А.И.

Гуманитарный институт имени П.А.Столыпина

Москва

Актуальность. Как клинический фенотип, так и патогенез синдрома раздраженного кишечника (СРК) разнообразный. В течение последних 60 лет показано, что широкий спектр факторов вносят вклад в

развитие данного расстройства, включая нарушения моторики, висцеральная гиперчувствительность, нарушения в оси «нервная система-кишечник», психосоциальные стрессоры и др. До недавнего времени лечение СРК было сосредоточено исключительно на соматотропной терапии, которые уменьшали симптомы меньшее чем у половины пациентов. Однако, отмечается, что в повседневных клинических условиях у пациентов с СРК симптомы возникают в ответ на пищевые факторы, когнитивные и аффективные факторы, наблюдается специфическая тревога о здоровье, которая сопровождается избегающим, перестраховочным поведением, феноменом «лечения в аптеке» с перебором лекарств, а также распространенностью алекситимии и нейротизма с частотой в диапазоне от 66% до 87% случаев. Пациенты с СРК проявляют большую эмоциональную экспрессивность с преобладанием негативных эмоций (например, раздражение), которые они берут под контроль и направляют на себя, что отражает эмоциональную уязвимость, потенциальную связанную с низкими когнитивно-поведенческими навыками регуляции и гибкого выражения эмоций другому с помощью речи. Желудочно-кишечная специфическая тревога как разновидность тревоги о здоровье у пациентов с СРК относится к когнитивно-аффективной и поведенческой реакции, возникающей у пациента из-за страха перед желудочно-кишечными ощущениями или симптомами («опять начнется вздутие, и я не смогу работать»), а также контекстом (метро, совещание, утром перед выходом на работу), в котором эти висцеральные абдоминальные ощущения и симптомы возникают. Эта тревога сосредоточена конкретно на основных особенностях СРК (боль в животе, диарея, запор) в конкретных контекстах, таких как ситуации, связанные с едой или местом, в которых нет возможности сходить в туалет, поставить клизму, выпить таблетку. Данная форма тревоги относится к форме

когнитивного гипервозбуждения и сопровождается особенностями речи у пациента и спектром поведения, которое может усиливаться под вечер. Несмотря на различия между алекситимией и желудочно-кишечной тревогой, они вызывают трудности в эмоциональной регуляции пациента. Нарушение когнитивной обработки эмоциональных и висцеральных стимулов со стороны тела может вызвать повышенную тревогу перед симптомами, а также затруднение идентификации и описания чувств, желаний, что получило название алекситимии. Однако, в отличии от зарубежных исследований, роль алекситимии и желудочно-кишечной специфической тревоги совместно у пациентов с СРК в российской практике не изучалась.

Цель исследования. Провести анализ участия желудочно-кишечной специфической тревоги и алекситимии в прогнозировании тяжести заболевания у пациентов с СРК умеренной и тяжелой степени выраженности.

Материалы и методы. Участники исследования: 194 женщин обратившихся к клиническому психологу по рекомендации врачей-гастроэнтерологов с диагнозом рубрики К58 по МКБ-10. Средний возраст женщин 33,1±10,3 года; образование 12,5±3,8 лет. Средняя продолжительность СРК составила 38,4 месяца, что говорит о рефрактерном течении СРК. На основе IV Римских критериев диагностики подтипа СРК преобладал «смешанный» с абдоминальной болью (n=68, 38,4%), «диарейный» (n=57, 32,2%) и «запорный «(n=13, 7,3%) тип. Пациентов с СРК-З старше (средний возраст 39,3±11,3 года), чем те, у кого СРК-Д (средний возраст 30,1±10,2, $F(3)=5,694$, $p\leq0,001$). Пациенты на момент исследования не принимали ни соматотропную и психотропную терапию.

Критерии включения: возраст 18-65 лет; информированное согласие и наличие диагноза СРК на основе римских критериев;

подтверждение отсутствия органического заболевания при соответствующем исследовании (биохимическом, ультразвуковом, эндоскопическом и рентгенологическом).

Критериями исключения: наличие сопутствующего органического заболевания желудочно-кишечного тракта (например, воспалительного заболевания кишечника); тяжелой сопутствующей патологии (например, онкологии, ишемической болезни сердца, метаболических, аутоиммунных заболеваний); беременность; когнитивные нарушения; текущий или прошлый диагноз шизофрении или других психотических расстройств, а также текущий диагноз злоупотребления психоактивными веществами или алкоголем.

Методики исследования:

- Симптомокомплекс СРК: шкала оценки желудочно-кишечных симптомов (Gastrointestinal Symptom Rating Scale-IBS, GSRS-IBS,) включающая 13 вопросов позволяющие оценить симптомы вздутия живота (3 вопроса), диареи (4 вопроса), запора (2 вопроса), боли в животе (2 вопроса) и изменения в аппетите (2 вопроса). Баллы варьируются от 1 до 7. Более высокие баллы указывают на тревожные симптомы.
- Степень выраженности СРК оценивалась с помощью Irritable Bowel Syndrome Severit Scoring System (IBS-SSS,). Шкала позволяет оценить у пациента наличие изменений в ЖКТ на протяжении 10 дней. Используются визуальные аналоговые шкалы, каждый диагностический вопрос включает максимальный балл - 100, который суммируется, чтобы получить окончательную оценку выраженности СРК в диапазоне от 0 до 500 баллов. Легкая (75-175), умеренная (175-300) и тяжелая (300 и выше) степень выраженности СРК.
- Желудочно-кишечная специфическая тревога оценивалась с помощью шкалы висцеральной чувствительности (Visceral Sensitivity Index, VSI), которая представляет собой опросник, состоящий из 15

вопросов, которые оцениваются по 6-балльной шкале ответов (от «полностью согласен» до «совершенно не согласен»). Диапазон возможных баллов от 0 до 75 баллов (выраженная висцеральная чувствительность). Опросник позволяет оценить пять аспектов: страх, беспокойство, бдительность, повышенную чувствительность, избегающее, перестраховочное поведение.

- Алекситимия: 20-бальная Торонтская шкала алекситимии (TAS-20), которая позволяет оценить трудности идентификации чувств (ТИЧ), описания чувств другим людям (ТОЧ) и внешне-ориентированное мышление или экстернальным тип мышления (ВОИ).
- Психологический дистресс. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).
- Психосоциальное функционирование, оценивалось с помощью Short Form-12 Health Survey (SF-12), которая позволяет оценить состояние физического (PCS) и психического здоровья (MCS). Высокие баллы указывают на благополучное психосоциальное функционирование пациента.

Результаты исследования.

Клинико-психологически особенности пациентов в зависимости от степени тяжести СРК. Ни один пациентов не набрал баллов ниже 175 по шкале IBS-SSS, в то время как 87 (49%) пациентов имели среднюю степень тяжести СРК (175-300 баллов) и 90 (51%) тяжелую (300 и более баллов). Пациенты в группе тяжелой степени были моложе (средний возраст 30,14±9,11 лет) по сравнению с теми средней тяжестью (средний возраст 38,49±12,55 лет, $t(169)=4,511$, $p<0,001$). Никаких межгрупповых различий не было обнаружено для социо-демографических и связанных (начало и тип СРК) переменных. По сравнению с пациентами с умеренной степенью выраженности, те кто имел тяжелую степень имели высокий общий балл по индексу выраженности СРК (GSRS-IBS), также по

выраженности изменений в транзите толстого кишечника, и болевого синдрома. Высокие баллы по висцеральной чувствительности, алекситимии, симптомам депрессии, сниженное психосоциальное функционирование. 98 пациентов набрали высокий балл по алекситимии среди пациентов с тяжелой степенью тяжести СРК (n=64,70%), чем среди пациентов с умеренной степенью тяжести (n=33, 38%), независимо от типа СРК ($\chi 2$=17,81, p<0,001).

Связи психологических особенностей и симптомокомплекса СРК. Показано, что алекситимия, желудочно-кишечная специфическая тревога и оценки степени тяжести СРК сопряжены с удовлетворенностью качеством жизни (КЖ). Чем выше удовлетворенность физическим и психическим здоровьем как компонентами КЖ, тем ниже висцеральная чувствительности, выраженность СРК и проявления алекситимии.

Симптомы депрессии связаны с висцеральной чувствительностью и алекситимией. Наличие тревожных проявлений у пациентов с СРК сопряжено с алекситимией. Желудочно-кишечная тревога связана с висцеральной гиперчувствительностью и алекситимией, особенно трудностями идентификации и описания чувств пациентом, но не с внешне-ориентированным мышлением. Алекситимия и висцеральная гиперчувствительность были тесно сопряжены друг с другому. Кроме того, баллы по индексу выраженности СРК, алекситимии и висцеральной чувствительности были связаны с таким симптомокоплексом СРК (GSRS-IBS) как вздутие, диарея, боль, сниженный аппетит. Изменения в алекситимии связаны с болевыми проявлениями в структуре СРК.

Факторы влияющие на степени тяжести СРК. Степень выраженности СРК (IBS-SSS) рассматривается нами как зависимая переменная, а симптомокомплекс СРК (GSRS), желудочно-кишечная специфическая тревога (VSI), алекситимия (общий индекс по TAS-20) как независимые переменные. Кроме того, учитывая кратность между

переменными психологический дистресс (симптомы депрессии по HADS-D), а также психосоциальное функционирование (субшкалы оценивающие физическое, психическое здоровье) добавлены нами в качестве зависимых переменных. Индекс алекситимии (TAS-20) пояснил 52% дисперсии оценки тяжести СРК, к которой относится висцеральная гиперчувствительности, добавлено значительное 9% дисперсии, контролируемой для всех остальных переменных. Алекситимия гораздо больше сопряжена (рассматривая полупарциальные корреляции) с тяжестью СРК ($r=0,52$, $p\leq0,01$), чем висцеральной гиперчувствительностью ($r=0,19$, $p\leq0,05$). Поскольку алекситимия (TAS-20) и висцеральная гиперчувствительность (VSI) были сопряжены с несколькими другими переменными в однолинейных регрессиях, то дополнительно был проведен иерархический регрессионный анализ (GSRS-IBS, HADS, SF-12). Отметим, что внешне-ориентированное поведение не был независимо связано со степенью выраженности СРК (IBS-SSS). Пациенты были стратифицированы по высокому уровню алекситимии (более 60) и высокой желудочно-кишечной специфической тревоге (более 49). Самый высокий балл выраженности СРК (IBS-SSS) наблюдается у пациентов с высокой алекситимией и высокой желудочно-кишечной специфической тревогой).

Многомерный анализ показал статистическую значимость связи между алекситимией и степенью выраженностью СРК. Наблюдается отчетливая связь между тяжестью СРК, алекситимией ($d=1,44$) и высокой желудочно-кишечной специфической тревогой ($d=1,19$). Алекситимия ($R2=0,59$, $\Delta R2=0,59$, $\beta=0,519$) и желудочно-кишечная тревога ($R2=0,29$, $\Delta R2=0,18$, $\beta=0,311$) выступают психологическими предикторами степени выраженности СРК.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С БЕССИМПТОМНЫМИ И ЛЕГКИМИ ФОРМАМИ COVID-19, НАХОДИВШИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ В УСЛОВИЯХ ИНФЕКЦИОННОГО ГОСПИТАЛЯ, РАЗВЕРНУТОГО НА БАЗЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Набатов И.Ф., Садкова Ю.С., Петрова Т.Б., Злоказова М.В.

Кировская областная клиническая психиатрическая больница им. акад. В.М. Бехтерева,

Кировский государственный медицинский университет

Киров

Введение. В 2020 году к «обычным» стрессогенным факторам современной жизни присоединилась беспрецедентная по масштабам пандемия COVID-19, которая привела к кардинальным изменениям в привычном жизненном укладе, взаимоотношениях членов семей, нарушила планы, ограничила свободу передвижения по миру. Самоизоляция показала, как тяжело человек переживает вынужденное, даже заведомо временное, одиночество, как важны социальные связи, поддержка семьи и друзей, помощь профессионалов).

Состояние психического здоровья населения в условиях пандемии Covid-19 характеризовалось ростом тревожных и тревожно-депрессивных расстройств (опасения заболеть в тяжелой форме Covid-19 и умереть), ПТСР, расстройств адаптации, увеличением доли тяжелых психических расстройств (сверхценные и индуцированные бредовые расстройства, острая психотическая симптоматика) и др.

В апреле 2020 года на базе Кировской областной клинической психиатрической больницы им. академика В.М. Бехтерева (КОКПБ) был организован крупнейший в области инфекционный госпиталь на 600 коек для лечения пациентов с COVID-19, в который в начале его работы направлялись пациенты с носительством коронавируса и легкими

вариантами течения данной инфекции, для работы в качестве врачей-инфекционистов, после обучения, были направлены психиатры и психотерапевты.

Целью настоящего исследования было изучение состояния психического здоровья у пациентов с бессимптомным или легким течением COVID-19, находившихся на стационарном лечении в условиях инфекционного госпиталя, развернутого на базе КОКПБ.

Материал и методы исследования. Было обследовано 186 пациентов с бессимптомным или легким течением COVID-19, находившихся на стационарном лечении с 3.05.2020 по 30.06.2020 в возрасте от 18 до 68 лет, из них 150 женщин (80,6%) и 36 мужчин (19.4%), средний возраст - 44,61±5,1 и 43,41±5,2 года, соответственно. Все пациенты имели сатурацию более 96%, нормальную температуру тела и частоту дыхательных движений, не имели существенных отклонений показателей крови, мочи по лабораторным тестам и получали стандартную терапию согласно методическими рекомендациями «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV)» Версия 6 от 28.04.2020.

Основным методом исследования являлся клинико-психопатологический (осмотр проводился психиатрами и психотерапевтами), достоверность различий определялась методом Фишера по программе «Statistika 10».

Результаты и обсуждение. В ходе исследования у пациентов с бессимптомным или легким течением COVID-19 не было выявлено случаев психических расстройств психотического уровня. У всех обследованных были зарегистрированы расстройства адаптации, из них: с нарушением эмоций (тревожность, кратковременное снижение настроения, плаксивость, раздражительность, растерянность, угнетенность) – в 73,2% случаев; с нарушением эмоций и поведения

(склонность к агрессивным эмоциональным реакциям, бунтам с требованием выписки, конфликтам с персоналом госпиталя, чрезмерной глобализации состояния временной изоляции) – 26,8%.

Представляет интерес распределение выявленных расстройств в зависимости от пола пациентов. Реакции в виде нарушения эмоций (тревожность, кратковременное снижение настроения, плаксивость, раздражительность, растерянность, угнетенность) достоверно чаще ($p<0,05$) встречались у женщин – 98,1%, у мужчин - 47,2%. И, наоборот, реакции в виде нарушения эмоций и поведения (тревога, страх, безосновательное беспокойство за свое здоровье и жизнь, иррациональное поведение, чрезмерная актуализация и глобализация происходящего, сопровождающиеся иррациональными установками отказа от лечения, отрицанием угрозы для здоровья, агрессивным поведением по отношению к персоналу инфекционного госпиталя) достоверно преобладали ($p<0,05$) у мужчин - 52,8%, у женщин - 2,0%.

Все пациенты получали медикаментозную терапию (преимущественно седативная фитотерапия или транквилизаторы) в сочетании с рациональной психотерапией, что способствовало значительному улучшению психического состояния у женщин в 84,3% случаев, у мужчин – лишь в 15,3%, тогда как у остальных сохранялись недовольство и раздражительность по поводу госпитализации, недоверие и агрессивность по отношению к медицинским работникам.

Выводы. У лиц с бессимптомным или легким течением COVID-19, оказавшихся в ситуации эмоционального напряжения в условиях вынужденной изоляции при отсутствии достаточной информированности о течении заболевания, перспективах выздоровления и прогнозах в 100% случаев наблюдаются расстройства адаптации. У женщин преобладают многообразные эмоциональные реакции, с быстрой редукцией симптоматики на фоне рациональной

психотерапии и психофармакотерапии, у мужчин значительно чаще встречаются реакции в виде нарушения эмоций и поведения, которые носят затяжной характер и значительно хуже поддаются терапии.

ОТ РЕФЛЕКСОЛОГИИ В.М. БЕХТЕРЕВА К СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭТОЛОГИИ: КРИЗИС ИЛИ НЕДООЦЕНКА

Носачев Г.Н., Акопов Г.В., Носачев И.Г.

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России

Самара

Проблемы субъективного и объективного в психиатрии и психологии, поведения и личности остаются базовыми в теоретическом и практическом кризисе наук, а также в кризисе внутри нашего профессионального сообщества.

Созданная В.М. Бехтеревым рефлексология, не отменяя учения о сознании (психике) и субъективных методов (интроспекционизм), допускала также развитие новых областей научного знания, в частности изучение поведения, построенное на объективной психологии. Предсказание В.М. Бехтерева, что «в будущем «субъективная» психология явится только дополнительным знанием, которое свои задачи будет сообразовывать с данными объективной науки» (1991, с.XX), похоже, сбывается, если принять логику объективизма как главного и единственного принципа в науке. Однако сам В.М. Бехтерев признавал «важной ошибкой психологов и социологов субъективистов» поиск одного общего принципа (1991, с. 23).

В одном из списков научных работ, составленном самим В.М. Бехтеревым (1991) и содержащем 135 наименований, включая статьи на немецком и французском языках, более 30 названий содержат

в качестве основополагающего термин «объективность» в его разнообразных сочетаниях с другими словами. В частности: «объективная психология» (и ее предмет, 1904 г.); «объективное исследование» (нервно-психической деятельности…, Амстердам, 1907 г.); «объективное изучение…»; «объективно-психологическая точка зрения» (биологическое развитие мимики, Париж, 1910 г.); «объективные проявления»; «объективные признаки»; «строго объективный метод»; «объективная наука»; «объективно-биологическое исследование»; «объективно-психологический метод (в применении и изучении преступности, 1912 г.)»; «объективное рассмотрение социальной жизни…, 1922 г.» и др.

Следующий раздел (30 публикаций) связан с проблемой «строения и функций мозга в связи с рефлексологией».

Третий раздел – по «патологической рефлексологии» (29 статей) посвящен неврозам, истерии; психотерапии, гипнозу, внушению; исследованию душевнобольных; навязчивым состояниям, «половым извращениям и уклонениям»; фобиям.

Четвертый раздел (10 статей) связан с научными работами существенно иного характера – социальными исследованиями («коллективная и социальная рефлексология»), планируемыми и выполняемыми с позиций объективизма.

Работы Бехтерева по «генетической рефлексологии» (пятый раздел по числу статей - 7) включают исследования нервно-психической сферы в младенческом возрасте, эволюции детского рисунка, биологического развития человеческой речи и др.

Шестой раздел (6 работ) по «педагогической рефлексологии» связан с вопросами общественного воспитания, социально-трудового воспитания и др. Выделены также небольшие разделы по «рефлексологии физического и умственного труда»,

«зоорефлексологии», «художественной рефлексологии», а также «судебной пато-рефлексологии». Само разнообразие работ, можно сказать, разрывает рамки установленных В.М. Бехтеревым границ объективности.

В начале монографии «Объективная психология» В.М. Бехтерев отмечает: «С нашей точки зрения, совершенно ошибочно распространенное определение психологии как науки только о фактах или явлениях сознания. На самом деле психология не должна ограничиваться изучением явлений сознания, но должна изучать и бессознательные психические явления, и вместе с тем она должна изучать также внешние проявления в деятельности организма, поскольку они являются выражением его психической жизни. Наконец, она должна изучать также и биологические основы психической деятельности» (1991, с.5), включая психиатрию.

По В.М. Бехтереву, «человек, как деятель, не представляет исключения из соотношений или зависимостей, общих для всей вообще мертвой и живой природе… Общие космические законы одинаково приложимы как к явлениям физико-химического порядка, так и к явлениям органического и надорганичекского мира и в том числе к соотносительной деятельности человека» (1991, с. 457), т.е. к поведению.

Такой сверхвысокий императив объективизма автора основывался не только на желании перестроить психологию, психоневрологию, учение о душевных болезнях и др., на новых научных принципах, принятых в естественных науках того времени, но и на широчайшей эрудиции (в том числе и в социальных науках) и колоссальной работоспособности, научной, методической, организационной, просветительской и общественной продуктивности (Акопов Г.В., Носачев Г.Н., 2019). Не случайно коллеги называли его «Богатырь психо-неврологии» (1991, с. III). Несомненно, что метакогнитивной или точнее метаинтеллектуальной доминантой

научного творчества В.М. Бехтерева был активно утверждавшийся им объективный принцип в психологии (Акопов Г.В., 2010) и в медицине.

Идеи И.М. Сеченова, В.М. Бехтерева, И.П. Павлова, лежащие в основе рефлексологии, позже были признаны на Западе как предвестники бихевиоризма, а в СССР они использовались преимущественно в учении об условных рефлексах в рамках физиологии, в частности, высшей нервной деятельности животных (поведения), а ученики и последователи И.П. Павлова перевели их в психоневрологию и психиатрию, забыв термин «поведение».

Еще одной причиной отхода от объективной рефлексологии стали терминологическая ограниченность и монодетерминированность бехтеревской системы, как и теории высшей нервной деятельности, которые существенно ограничили и, в конечном итоге, остановили развитие этих направлений объективной психологии, в том числе и учение о поведении (этологии).

Возрождение этологии в России началось в 80-е годы XX века, в том числе и в психиатрии. «Вся методическая база, а также фактические исследования в области этологической психиатрии в основном были созданы в содружестве крымских психиатров и антропологов МГУ с 1985 по 1996 гг.» и развитое А.Н. Корнетовым и В.П. Самохваловым (1994-2020) направление позволило говорить о клинико-этологическом методе в психиатрии. Необходимо более подробно и тщательно исследовать возможности учёта невербального поведения (НП) для диагностики, дифференциальной диагностики, течения и прогноза психических заболеваний. Это не помешало отечественному психологу М.Г. Ярошевскому в монографии «Наука о поведении: русский путь» (1996), с одной стороны, назвать этологию репрессивной наукой, а с другой – предложить системный подход к изучению поведения – «организм – поведение – сознание», не отразив современного состояния.

Более тщательное изучение НП при психических заболеваниях, по существу, началось с 70-х годов XX века, когда появился глоссарий НП человека, предложенный В.П. Самохваловым (1984-1990), с последующим использованием его для дифференциальной диагностики шизофрении (Самохвалов В.П., 1984-2002; Коробов А.А., 1984-1991 и др.). Результатом исследований авторов стали, на наш взгляд, две монографии: «Этология в психиатрии» (1990) и «История души и эволюция помешательства (начало эволюционного психоанализа)» (1994). Параллельно в психологии разрабатываются такие проблемы, как «внешний облик» (Бодалев А.А., 1981, 1994; Панферов В.Н 1975, 1987), «невербальная коммуникация» (кинесика) (Матехин Х.П., 1976), «невербальное общение» (Андреева Г.М., 1980; Ковалев Г.А., 1989; и др.), «невербальное поведение» (Лабунская В.А., 1986-1990), в психиатрии – невербальное поведение при депрессиях, в наркологии – невербальное поведение у потребителей алкоголя (Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Киселева Ж.В., 1996-2020). Однако по этологии человека в норме и патологии объективно мало исследований. Хотя именно расстройства поведения становятся ведущими в современном либеральном и глобалистском обществе.

ЗНАЧЕНИЕ ИДЕЙ В.М. БЕХТЕРЕВА ДЛЯ ТЕОРИИ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Носачев Г.Н., Дубицкая Е.А., Носачев И.Г.

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России

Самара

Психотерапия (с позиций методологии – психотерапевтический метод) на современном этапе тяготеет к модельному подходу с четким принципом демаркации.

В.М. Бехтерев проявил интерес к гипнозу несколько позже своего ученика А.А. Токарского. Он уделял большое внимание как практике, так и научно-экспериментальному изучению гипноза как явления (методики). Под гипнозом В.М. Бехтерев понимал вызванный словами гипнотизера видоизмененный нормальный сон. Этот искусственно вызванный сон является особым состоянием пассивности, которое подавляется гипнотизирующим. Доказательство общности природы обычного сна и гипноза В.М. Бехтерев видел в наличии различных степеней глубины сна и гипноза и приводил следующие их общие признаки: а) в гипнозе можно воспроизвести практически все признаки сомнамбулизма (сна); б) амнезия присуща как сомнамбулизму, так и глубокой стадии гипноза; в) вызываемые гипнотизером видения близки сновидениям; г) путем лечения гипнозом возможно лечение расстройств сна; д) больные, подвергавшиеся гипнозу, могут спонтанно впадать в гипноз, который он назвал автогипнозом. Но, в то же время, он видел явные отличия между естественным сном и гипнотическим: «Особенностью гипноза является, скорее всего, то своеобразное отношение между усыпленным и усыпителем, которое наблюдается в известных степенях гипноза, и амнезия всего внушенного в гипнозе, так как ни того, ни другого мы не встречаем в обыкновенном сне» (1894, с. 110).

Еще одной существенной особенностью гипноза является повышенная внушаемость. Гипнотизируемый, указывал В.М. Бехтерев, в «буквальном смысле слова становится машиной, заводные ключи от которой находятся в руках гипнотизера» (1894, с.225). Он пытался разобраться в причинах этой особой внушаемости и объяснял ее следующим: а) бездействием воли и рассудка в гипнозе; б) внушения в гипнозе имеют характер более яркий и чувственный, чем сновидения естественного сна; в) гипнотизер пользуется полным доверием со

стороны гипнотизируемого; г) ограничения восприятия окружающего мира обусловлены желаниями гипнотизера.

В.М. Бехтерев, по существу, первый подразделял гипноз на три стадии: малый гипноз, средний и глубокий. Он предложил триаду условий, обусловливающих эффективность этой методики (триада В.М. Бехтерева): 1) разъяснительная беседа рационального плана; 2) внушение в гипнозе; 3) обучение участников группы формулам самовнушения. Из этой триады видно, что он весьма отчетливо различал такие понятия, как внушение, убеждение, самовнушение и гипноз. Он также описал в 1890 году методику самовнушения с предварительным обучением в гипнозе.

Помимо внушения в гипнозе В. М. Бехтерев уделял много внимания внушению в состоянии бодрствования. Внушение привлекало внимание В.М. Бехтерева не только как психотерапевта, невролога, психиатра, психолога, но и как общественного деятеля, так как он рассматривал его и как явление человеческой психики, и как явление, занимающее значительное место в общественной жизни России.

«В известных пределах внушение возможно не только в гипнозе, но и в бодрственном состоянии, и при том оно осуществляется в большей или меньшей степени у всех вообще лиц. Конечно, личная сфера и связанная с ней здоровая критика в бодрственном состоянии устраняют многие из идей, которые вольно или невольно вну-шаются нам окружающими лицами. Но некоторые из здоровых лиц настолько податливы к внушениям в бодрственном состоянии, что им легко могут быть внушаемы настроения, впечатления и действия без всякого с их стороны противодействия (1994, с.258).

Задолго до С. Ледера и М.М. Кабанова 70-е годы XX в. В.М. Бехтерев предложил использовать суггестивную психотерапию в разных аспектах жизни человека и общества.

На заре XX века В.М. Бехтерев описал роль внушения в общественной жизни, предвосхитив особенности социально-политической и социально-психологической активности различных слоев русского общества в кризисные периоды, распространение различных религиозно-мистических учений и движений. «В настоящую пору, – писал он, – так много вообще говорят о физической заразе при посредстве contagiumvivum, или физических микробов, что, на мой взгляд, нелишне вспомнить и о contagiumpsychicum, приводящем к психической заразе, микробы которой хотя и невидимы под микроскопом, но, тем не менее, подобно настоящим физическим микробам действуют везде и всюду и передаются через слово и жесты окружающих лиц, через книги, газеты и пр., словом – где бы мы ни находились в окружающем нас обществе и, следовательно, находимся в опасности быть психически зараженными» (1994, с.98]), т.е. предвидел информационные войны. Роль такого «микроба» играло и играет внушение в психической деятельности человека: от воспитания, обучения до общественной жизни, коммуникативных отношений, лечебной практики т.п.

В медицинской практике В.М. Бехтерев подчеркивал особое значение для внушения фактора веры больного: «... лечением внушением в бодрственном состоянии, необходимо так или иначе вселить безусловную веру в силу самого внушения» [2, с. 288].

Близким по своей природе к внушению является самовнушение. Эффективность последнего зависит, в первую очередь, от внутренних факторов, источник которых находится в психической сфере лица, подвергшегося самовнушению.

«Взгляды В.М. Бехтерева на сущность гипноза и внушения, – как пишет Г.Х. Шингаров во вступлении «Гипноз. Внушение. Телепатия» (М.,1994.) – и на структуру сознания дает право считать, что у него была

концепция сознания и бессознательного, которая до сих пор, к сожалению, не привлекла внимания специалистов, но безусловно заслуживает глубокого научного анализа» (с.45).

Современная отечественная, также как и западная, психотерапия парадигмально так и не определилась. Под неявной парадигмой психотерапии понимаются ценностные ориентации и образцы решения конкретных задач и проблем, которые проявляются образцами деятельности и образцами продуктов познания, хотя бы в четырёх моделях (медицинская, психологическая, социальная, философская). Наиболее практически разработанной является медицинская психотерапия, включая все богатство методик и техник (свыше семисот). Объединенные главной ценностью – здоровьем (патологией). Будущее за психотерапевтическим методом, который полностью соответствует требованиям и практикам всех моделей, включая сами модели, принципы, понятия и, без сомнений, являясь междисциплинарным, а будущем трансдисциплинарным, «согласно известной теореме Геделя о неполноте», существенно расширяет возможности их влияния на формирование психологических парадигм, объединяя «империи» направлений.

С позиций холизма и биопсихосоциальнодуховного подхода в психиатрии к психотерапевтическому методу можно подойти как к целому, состоящему из отдельных частей (моделей, видов, методик, техник), когда целое обладает свойствами, не присущими его частям. В.А. Канке по данному подходу полагает, что «система обладает своеобразными свойствами, но не относительно своих частей, а по отношению к внешнему для нее окружению» (2016, с.9).

Подобный подход имеет право на существование и, на наш взгляд, может существенно обогатить теоретические знания в области прикладной и практической психологии.

ВКЛАД В.М. БЕХТЕРЕВА В СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЗНАНИЯ, В ПСИХИАТРИЮ И ОБЩУЮ МЕДИЦИНУ

Носачев Г.Н., Дубицкая Е.А., Носачев И.Г.

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России

Самара

Сознание и в XXI веке остается сложнейшей философской, психологической и медицинской проблемой, еще далекой от теоретического и практического разрешения. Медицина, в которой скорая и неотложная помощь – повседневная реальность, до сих пор не имеет единой рабочей классификации расстройств сознания в разных медицинских дисциплинах. В частности, из классификаций, а следовательно – из диагностики исчезло понятие легкого оглушения (обнубиляция), хотя это состояние встречается в медицине наиболее часто.

Прошло более ста лет после опубликования фундаментального труда В.М. Бехтерева «Психика и жизнь» (1903). Представленные в нем идеи, также как и в более ранней психологической работе ученого «Сознание и его границы» (1888), носили новаторский характер и значительно опережали свое время. По своему замыслу уровневая структура сознания в концепции В.М. Бехтерева является не менее богатой, во всяком случае, сопоставимой со структурной концепцией самосознания У. Джемса. К сожалению, далеко не все идеи, выдвинутые В.М. Бехтеревым, получили продолжение в творчестве самого ученого и его последователей. И сегодня не раскрыты в должной мере конструктивное содержание идей В.М. Бехтерева, методологическая значимость многих выдвинутых им положений, ценность полученных конкретных фактов, остающихся актуальными для современной психологической теории и для решения практических задач в медицине.

Наибольший вклад в общую психологию и психопатологию сознания внесли труды В.М. Бехтерева (Сознание и его границы. Казань, 1888) и К. Ясперса (1911), и они не потеряли значения до настоящего времени.

В.М. Бехтерев предлагает стройную, уровневую систему сознания, включающую все возможные направления его «интервенции». В.М. Бехтерев считает возможным говорить о «специальных видах сознания» и выделяет шесть форм сознания, которые определяют также различные степени развития содержания сознания (от низшей к высшей): сознание своего существования; сознание своего тела; сознание окружающего пространства; сознание времени; сознание своей личности; сознание своего сознания.

К. Ясперс, не зная работ В.М. Бехтерева, выделяет ставшие классическими для общей психопатологии критерии диагностики качественных расстройств сознания, которые не потеряли значения и для современной диагностики. Об этом же пишет в национальном руководстве «Психиатрия» (2009) А.С. Тиганов: он указывает, что до настоящего времени «не утратили своей значимости описанные K. Jaspers общие признаки синдромов помрачения сознания… поскольку отдельные признаки могут быть компонентом других психопатологических симптомокомплексов, не имеющих никакого отношения к синдрому помрачения сознания» (с.326-327).

Но врача интересует сознание «здесь и теперь» у конкретного человека и в конкретный момент времени. Такова медицинская парадигма, т.е. индивидуальное сознание человека в его сиюминутном бытии в болезни.

Термин «обнубиляция» (легкое оглушение) в настоящее время полностью исчез из соматической и неврологической литературы (сохраняется лишь в психиатрии). Между тем, в частности, на ранних и

поздних стадиях цереброваскулярной патологии, особенно в геронтологии, обнубиляция встречается достаточно часто, но редко диагностируется и оценивается при проведении терапии и решении вопросов социальной адаптации, а, соответственно, и при реализации гражданских прав пациентов.

Еще Л.С. Выготский (1975) считал сознание самостоятельным целостным образованием в контексте «геологической модели личности», а А.Н. Леонтьев называл предельной формой психического. По мнению А.Г. Асмолова (2016), «именно сознание в качестве эволюционного механизма «выработки неопределенности» обеспечивает наибольший преабилитационный потенциал самообразования системы, чувствительность к «изменению изменений» образа жизни еще до изменений этих изменений [3]. При этом сознание интерпретируется как «функциональный орган» смыслоразличия и смыслопорождения изменений образа жизни» (с. 17).

Но если психологи стремятся понять сложные системные образования мозга и его психической функции, включая сознание, то в медицине, в частности в психиатрии, для уточнения (диагностики) патологии сознания необходимо выделение симптомов и синдромов болезни.

Выделением базовых синдромов при качественных расстройствах сознания (критериям) мы обязаны Карлу Ясперсу (2011) в «Общей психопатологии». За столетний период их существования они не потеряли значения. В настоящее время эти критерии используются в клинической диагностике и качественных, и количественных расстройств сознания. И хотя и в XX веке, и в начале XXI века были неоднократные попытки найти другие критерии, включая современные скрининговые тесты, по существу, они повторяют критерии К. Ясперса, а ранее – критерии В.М. Бехтерева.

К основным (базовым) симптомам (синдромам) легкого оглушения (обнубиляции сознания) можно отнести и, следовательно, использовать в диагностике:

I. Расстройство ориентировки во времени, пространстве (ситуации, окружающей обстановке и окружающих людях) и частично в собственно временно́м развитии личности.

А. Дезориентировка во времени – неспособность пациента определить (назвать) текущее время – дату, день недели, месяц, год, время года; расположить личные события во времени в пределах текущего дня (недели, месяца, года жизни), последовательно воспроизвести основные вехи собственной жизни (производственной деятельности, пути на работу и т.д.). Смещаются время пребывания в стационаре, периоды обхода и осмотра врачом, посещения и телефонных разговоров с близкими. Назначенные во времени процедуры не соблюдаются, даже при наличии часов и телефона.

Следует помнить, что время бывает не только настоящее (текущее). Выделяют два языка времени, они разграничены еще в 1908 г. Дж. Мак-Таггардом как статическое и динамическое, последнее течет от прошлого к настоящему и будущему. Статическая «река времени» включает «раньше – позже». Именно в этих категориях времени плохо ориентируются пациенты.

Б. Дезориентировка в пространстве: а) в месте пребывания; б) дезориентировка в ситуации; в) дезориентировка в окружающих людях.

II. Смыслообъединение внешнего (реального) мира с внутренним миром пациента, т.е. то, что и формирует собственно расстройство сознания на уровне мышления (интеллекта). Даже если пациент упрощенно и с ошибками отвечает на ориентировочные вопросы, он не может соединить их в осмысленное повествование с оценкой текущего

(критичность, логичность), понять и оценить ближайшее поведение и его оценку, т.е. соединить всё в единое целое.

Имеются и факультативные синдромы обнубиляции: нечеткая ориентировка в собственной личности, растерянность и сверхотвлекаемость (гиперметаморфозы)., снижение объема памяти и стереотипные ошибки суждения.

Спустя столетие после работ В.М. Бехтерева трудности исследования проблемы сознания в современной науке сохраняются. По Д. Чалмерсу (1995), ключевой вопрос проблемы сознания: почему информационные процессы различения, обобщения и т.д. не свободны от внутренней чувствительности (субъективного опыта, переживания, сознания). Отсутствие ответа обозначается как «объяснительный пробел» между функциями и опытом сознания. Отсюда делается вывод, что необходим «объяснительный мост», материалы для которого еще предстоит найти. Если Д. Чалмерс убежден, что для раскрытия природы сознания нужен новый подход, то в прагматической медицине нужна единая практическая классификация патологии сознания и её применение в соматической медицине и медицинском образовании.

СЕНСОРНАЯ КОМНАТА И ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ

Перминова Л.Ю.

КОГБУЗ КОКПБ им. акад. В.М. Бехтерева

Киров

Современные школьные программы нацелены на развитие познавательных способностей учащихся, при это нередко учителями и родителями не учитываются способности и эмоциональное состояние детей, что может ухудшать здоровье. У школьников отмечается

переутомление, повышенная тревожность, эмоциональная лабильность, снижение иммунитета и как следствие частые инфекционные и психосоматические заболевания. Большую помощь в коррекционной работе психолога со школьниками, имеющими подобные трудности, оказывают занятия, проводимые в сенсорной комнате.

В подразделении дневного стационара№3 детского, расположенного на базе общеобразовательной школы № 60, оборудована сенсорная комната. Все оборудование сенсорной комнаты представлено двумя функциональными блоками:

1. релаксационный – в него входят мягкие формы, сухой бассейн, подсвеченные колонны с рыбками и приборы, создающие рассеянный свет, релаксационная музыка;

2. активационный – в него входят приборы со светооптическими эффектами, тактильные дорожки, тактильные панели, столик с песком для рисования.

Сенсорная комната служит для достижения следующих целей:

– стимуляции сенсорной деятельности и двигательной активности детей;

– проведения развивающих занятий с учащимися, имеющими различные сенсомоторные нарушения;

– снятия мышечного и психоэмоционального напряжения, достижения релаксации;

– активизации различных функций центральной нервной системы;

– создания положительного эмоционального состояния в ситуации взаимодействия детей друг с другом.

Сенсорная комната используется психологом подразделения дневного стационара №3 детского в работе с детьми, имеющими нарушения эмоциональной сферы, для обучения на основе сенсорной стимуляции, психотерапии, улучшения социальной адаптации.

Занятия проводятся в форме групповой терапии (по 3-5 человек) и индивидуальной терапии. Целью занятий является укрепление психического здоровья учащихся с помощью мультисенсорной среды. Задачами психологической работы в сенсорной комнате являются профилактика психофизических и эмоциональных нагрузок; создание положительного эмоционального состояния; формирование восприятия цвета, звука, ритма, согласование движений собственного тела; облегчение состояния тревожности, переключение энергии тревоги в конструктивное русло; формирование адекватной самооценки; развитие позитивного общения детей и взаимодействия друг с другом; развитие памяти, внимания, воображения.

Занятия в релаксационной комнате подразделяются на три основные части:

- вводная (ритуал приветствия, разминка);
- основная (релаксация, игра);
- завершающая (подведение итогов, ритуал прощания).

Учитывая значительную интенсивность воздействия интерактивного оборудования на психику человека, использовать его в коррекционно-развивающей работе необходимо выполняя все требования по охране безопасности жизнедеятельности и здоровья тех, кто в ней занимается.

Для предотвращения нежелательного воздействия сенсорной комнаты на здоровье пациента и возможной травматизации учитываются правила безопасности занятий в сенсорной комнате.

1. Необходимо гармонизировать сочетание включаемых приборов, направленных на развитие и коррекцию различных ощущений, либо это активизирующее, либо релаксационное воздействие.

2. Необходимо получить рекомендации врача, учитывая анамнез занимающихся в сенсорной комнате детей, так как имеются противопоказания по некоторым диагнозам.

3. Не рекомендуется включать в группу более одного ребенка с синдромом дефицита внимания и гиперактивности или с выраженными поведенческими расстройствами с возбудимостью и агрессией.

4. В начале занятий с детьми обсуждаются и прописываются правила поведения в сенсорной комнате.

Пример занятия с учащимися, направленного на формирование позитивного взаимодействия друг с другом.

Цель занятия: формирование навыков взаимодействия пациента со сверстником. Сопутствующая цель - отработка моторных навыков.

План занятия:

- Ритуал приветствия.
- Вступительное слово ведущего: «Мы отправляемся с вами в путешествие в особое место, так называемую «Страну понимания». Там люди испытывают положительные эмоции, стремятся понимать друг друга и даже при встрече с какими-либо трудностями вместе их преодолевают, помогая друг другу».
- «Путешествие»

- Чтобы попасть в эту замечательную страну нужно пройти по этой необычной дорожке (тактильной).

- Подойдем к колоннам с рыбками. Вы видите плавающих рыбок. Полюбуйтесь на них, рассмотрите внимательно. Сколько и каких рыбок вы видели.

- Дети подходят к световому дождику.

- Перед вами струи дождя. Это необычный дождь до него можно дотронуться. Этот дождь может научить вас чему-то очень важному. Вам нужно вдвоем сплести косичку.

- Дети подходят к светящемуся тоннелю.

- Вы добрались до пещеры раздумий. Пока один из вас находится в ней, другой придумывает для своего спутника три вопроса, которые хотелось бы ему задать.

- Вы получили ответы на интересующие вас вопросы и больше узнали друг о друге. А теперь новое задание на то, как вы умеете оказывать помощь друг другу. Каждый из вас по очереди нырнет в этот бассейн, а другой поможет ему полностью погрузиться (используется сухой бассейн).

Далее дети подходят к столику для рисования песком и создают совместный рисунок, который отражает их настроение.

- Обсуждение занятия.
- Ритуал прощания.

Около 90% пациентов, получающих лечение в подразделении дневного стационара №3 детского при школе №60, посещают сенсорную комнату. Это дети с различными поведенческими, эмоциональными расстройствами, резидуально-органической патологией, интеллектуальными нарушениями, также с невротическими проявлениями. Занятия в сенсорной комнате чаще включаются в план групповой терапии, проводимой психологом с пациентами. Дети с удовольствием занимаются в сенсорной комнате, и это мотивирует их на позитивные изменения в своем поведении. Из опыта пятилетней работы в сенсорной комнате можно сделать вывод, что ее использование повышает эффективность коррекционно-развивающих занятий с детьми.

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ, У ВРАЧЕЙ, РАБОТАЮЩИХ В ИНФЕКЦИОННОМ ГОСПИТАЛЕ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С COVID -19

Петрова Т.Б., Садкова Ю.С., Злоказова М.В., Семакина Н.В., Шубин А.С.

КОГБУЗ КОКПБ им. акад. В.М. Бехтерева,

Кировский государственный медицинский университет

Киров

В начале 2020 года на базе Кировской областной клинической психиатрической больницы им. академика В.М. Бехтерева (КОКПБ) был открыт крупнейший в Кировской области инфекционный госпиталь, в котором оказывают помощь пациентам с подтвержденной коронавирусной инфекцией. Представляют интерес исследования психоэмоционального состояния врачей, работающих в условиях пандемии в инфекционном госпитале.

Цель исследования. Изучение особенностей эмоционального состояния и синдрома эмоционального выгорания у врачей, работающих в условиях пандемии COVID-19 в инфекционном госпитале

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 74 врача. В основную группу было включено 36 чел. (врачи разных специальностей – инфекционисты, терапевты, неврологи, окулисты, кардиологи, в том числе и врачи-психиатры, средний возраст – 32,7+4,7 лет; 5,6% – мужчины, 94,4% - женщины), которые работали в инфекционном госпитале для пациентов с COVID-19; группа сравнения - 38 чел. (из них психиатров 37 чел. - сотрудники КОКПБ, средний возраст - 50,4+3,8 лет; 36,8% – мужчины, 63,2% - женщины).

Использовались клинический опрос и экспериментально-психологические методы: тест-опросник Ридера для оценки уровня психологического стресса; опросник выгорания Маслач, госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS. Для статистической обработки

применялся критерий корреляции Пирсона и метод Манна-Уитни (различия статистически достоверны при $p \leq 0.05$).

Результаты исследования. По опроснику Л. Ридера, уровень стресса был достоверно выше у врачей основной группы - 1,52±0,67 балла, чем в группе сравнения – 1,17±0,54 балла. Значимо выше в 1 группе были показатели тревоги – 6,38±3,07 балла, во 2 группе – 4,64±4,05 и депрессии – 8,41±3,12 баллов (субклинически выраженная депрессия) и 7,14 ± 2,91 баллов (отсутствие достоверно выраженных симптомов депрессии) - соответственно.

Средний балл показателей «психического выгорания» у респондентов основной группы также был достоверно выше и составил 53,7±14,4 балла (среднее значение), в группе сравнения – 47,2±12,1(низкое значение), При этом наиболее значимые различия отмечались по средним баллам «психоэмоционального истощения»: у врачей ковидного госпиталя – 26,8±8,1 балла, в группе сравнения – 24,2 ±6,5 и по «деперсонализации» (личностное отдаление) 9,7±4,9 баллов и 8,8±4,7 – соответственно. По показателю «редукции личных достижений» достоверные различия не были выявлены – 17,2 ± 5,8 и 17,2 ± 4,6 баллов.

Показатели «синдрома эмоционального выгорания» имели прямую достоверную корреляцию с возрастом врачей – 0,116; фактом перенесенной коронавирусной инфекции – 0,014; болезнью родственников COVID-19 – 0,033. Не было выявлено корреляции с фактом смерти родственников от коронавирусной инфекции и наличием семьи.

Выводы. Врачи, работающие в «красной зоне» ковидных стационаров, имеют более высокий уровень тревоги и депрессии, а также более выраженные симптомы эмоционального выгорания в виде психоэмоционального истощения и деперсонализации. Показатели СЭВ выше у врачей более старшего возраста, перенесших коронавирусную инфекцию и имеющих родственников, переболевших COVID-19.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДЕ КИРОВЕ И ОБЛАСТИ

Петухов Ю.Л., Кузнецов С.Ф., Злоказова М.В.

КОГБУЗ КОКПБ им. акад. В.М. Бехтерева,

Кировский государственный медицинский университет

Киров

Психиатрическая помощь в Вятском крае начала своё становление с психиатрического отделения, которое размещалось на территории Губернской больницы и подчинялось ей в административно-хозяйственном и лечебном отношении ориентировочно в 1823 г. (по данным М.А. Чижовой). Первые сведения о выделении отдельных помещений для душевнобольных относятся к 1852 г., Вятскому Земству от Приказа общественного призрения досталось скудное «психиатрическое наследство» - «смирительный дом» на 10 человек. Недостаток коек и постоянное «переуплотнение» отделения пациентами создавали значительные трудности их пребывания и лечения в Губернской земской больнице.

В 1874 г. Вятское губернское земство расширило отделение для душевнобольных Губернской соматической больницы, а затем построило для психиатрического отделения деревянный барак на 30 коек, увеличив количество психиатрических коек до 60. В 1889 г. численность психиатрических коек в Вятке возросла до 175, но населению периферии губернии они были малодоступны.

Вятское земство впервые в мире на практике осуществило децентрализацию психиатрической помощи населению, открыв в 1890 г. психиатрическое отделение в Елабуге на 20 коек; 1891 г. – городской приют в Вятке «для спокойных хроников» - 45 коек; 1889 г. - в Орлове психиатрическое отделение - 50 коек, в Сарапуле – 40 коек; 1910 г. в Котельниче - 50 коек.

По числу пользованных душевнобольных Вятская губерния в 1914 году стояла на 2-м месте в России.

В годы гражданской войны количество психиатрических коек губернии сократилось до 300. В 1917-1918 годах были закрыты психиатрические отделения в Орлове и Котельниче, в 1921 году – в Елабуге и Сарапуле.

В результате настойчивых требований вятских психиатров в сентябре 1921 г. Вятский губздрав принял решение об организации самостоятельной психиатрической больницы, которое было подтверждено Вятским губисполкомом. Деревянные бараки губернской больницы по Московскому тракту г. Вятки были переданы психиатрической больнице, где было развёрнуто 300 психиатрических коек. Старшим врачом самостоятельной психиатрической больницы была назначена доктор Л.К. Громозова. В первый год существования больницы при ней организуется подсобное хозяйство, создаётся ферма, швейная, ткацкая, слесарная и корзиночная мастерские, где активно проводилась трудотерапия больных.

Вятская психиатрическая больница в 20-е годы XX века была в числе лучших больниц данного профиля в стране. В 1921 г. вновь открывается Котельничская психиатрическая больница на 60 коек.

После организации стационарной психиатрической помощи стала активно развиваться внебольничная (амбулаторная) помощь. В феврале 1925 г. в г. Вятке открывается второй в РСФСР психоневрологический диспансер, в 1928 г. организуется ночной санаторий на 50 коек.

В 1927 г. старшего врача Л.К. Громозову, погибшую во время крушения поезда, сменил М.М. Маевский. К этому времени в Вятке было развёрнуто 495 коек, из которых 85 коек – в отделении «Раковка».

Обширность территории Вятской губернии послужила причиной открытия в 1928г. Ашланского психиатрического отделения.

Постепенно строятся новые лечебные корпуса, и в 1940 г. в Кировской психиатрической больнице функционирует 850 коек, работает 6 врачей во главе с главным врачом М.А. Чижовой (1936 г. – 1953 г.). По решению Кировского облисполкома от 18 июня 1942 г. психиатрическая больница переведена в посёлок «Раковка», число коек сокращено до 350.

После окончания Второй мировой войны начинается расширение больницы за счёт строительства деревянных зданий.

В 1953 году в железнодорожной катастрофе погибает главный врач М.А. Чижова и на эту должность назначается В.В. Вотинова. Больница в это время насчитывает 750 коек, в ней работает 7 врачей. Начинается строительство первого комплекса кирпичных зданий на 450 коек, который вводится в эксплуатацию в 1973 г. сменившим её главным врачом Б.И.Кирилловым и работавшим на этой должности до июля 1994 г.

В период его деятельности вводится поэтапно с 1983 г. по 1989 г. в эксплуатацию вторая очередь больницы. Коечная мощность больницы - 1355 коек, среди них: 140 детских, 120 туберкулёзных (совместно с инфекционными), 60 - для лечения больных с пограничными состояниями. В марте 1996 г. было открыто отделение реанимации на 6 коек. Функционировало шесть дневных стационаров на 50 мест и дневной психотерапевтический стационар на 50 мест. Для трудовой реабилитации пациентов работали хозрасчётные лечебно-производственные мастерские на 275 посадочных мест с 2 швейными, столярным и сапожным цехами, а также подсобное хозяйство. В амбулаторной службе – поликлиническая помощь на 150 посещений в смену.

Наркологическая помощь в г. Кирове и области до 1978 г. оказывалась Кировским областным психоневрологическим диспансером. После объединения областного психоневрологического

диспансера и КОКПБ наркологическая служба оказалась в составе областной психиатрической больницы. Было организовано диспансерное наркологическое отделение. На крупных предприятиях (заводы им. Лепсе, 1 мая, Сельмаш, Авитек, льнопрядильно-ткацкая фабрика и др.) создавались фельдшерско-наркологические пункты, отделения, где проводилась лечебная и профилактическая работа среди работников предприятия. Функционировали наркологические стационары при промышленных предприятиях общей мощностью до 450 коек.

В 1986 г. наркологическая служба стала самостоятельной. Первым главным врачом наркологического диспансера (с июня по ноябрь 1986 г.) был А.В. Исупов. Согласно приказу Кировского областного отдела здравоохранения №255 от 06.04.1994 наркологический диспансер был реорганизован в диспансерное наркологическое отделение (одно поликлиническое и два стационарных) в составе территориального медицинского, лечебно-профилактического объединения (ТМО) «Психиатрия». На основании приказа департамента здравоохранения Кировской области № 454 от 20.11.1995 «О реорганизации ТМО «Психиатрия» создано государственное лечебно-профилактическое учреждение «Кировский областной наркологический диспансер» мощностью 200 коек.

В 1991 г. на базе областной психиатрической больницы создана кафедра психиатрии и медицинской психологии филиала Пермского ГМИ (ныне Кировской государственной медицинской академии). Заведующим кафедрой был избран профессор Владимир Иванович Багаев (1991г.-2014 г.). В настоящее время кафедре психиатрии и медицинской психологии присвоено имя профессора В.И. Багаева, её возглавляет профессор М.В. Злоказова.

В 1993 г. открыт первый детский дневной психиатрический стационар на базе общеобразовательных школ - инновационная форма оказания психиатрической и психотерапевтической помощи, не имеющая аналогов в России и за рубежом.

В 1997 г. согласно постановлению Администрации Кировской области от 20.05.1997 г. № 157 КОКПБ присвоено имя Владимира Михайловича Бехтерева.

С июля 1994 г. по декабрь 2006 г. главным врачом КОКПБ был Борис Васильевич Останин. Затем, с января 2007 г. до октября 2018 г. - к.м.н., заслуженный врач РФ Юрий Леонидович Петухов, которого в ноябре 2018г. на этом посту сменил Игорь Федорович Набатов.

В соответствии с Распоряжением Департамента здравоохранения Кировской области от 15.05.2014 г. была проведена реорганизация психиатрической службы и в состав КОКПБ вошли Советская, Котельничская, Малмыжская психиатрические больницы в виде филиалов. Вскоре, 30.04.2015 г., Малмыжский филиал на 180 коек был передан в Министерство социального развития для открытия на его базе психоневрологического интерната.

Расширение сети психоневрологических интернатов и активная полипрофессиональная реабилитация пациентов с психическими расстройствами способствовали значительному сокращению количества круглосуточных коек в КОКПБ, при этом были сохранены традиции гуманного биопсихосоциального подхода в терапии пациентов с психическими расстройствами, заложенные еще в конце XIX - начале XX века.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СКАЗКОТЕРАПИИ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ ДОШКОЛЬНОГО И ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ИМЕЮЩИМИ ПОГРАНИЧНУЮ ПСИХИЧЕСКУЮ ПАТОЛОГИЮ

Пинегина С.В.

КОГБУЗ КОКПБ им. акад. В.М. Бехтерева

Киров

Сказкотерапия – психологический метод арт-терапии, использующий сказочную форму для интеграции личности, развития творческих способностей, расширения сознания, совершенствования взаимодействия с окружающим миром. Сказки обращены к чистому и восприимчивому детскому началу каждого человека.

Привлекательность сказкотерапии состоит в ее универсальности:

- она информативна, через придуманную клиентом сказку, психолог получает информацию о его жизни и состоянии;

- дополняя, изменяя, обогащая сказку, клиент и психолог обогащают свою жизнь;

- можно использовать в работе куклы, костюмы, музыкальные инструменты и т.д.;

- в процессе работы накапливаются положительные эмоции;

- через сказку психолог может показать ребенку, родителям новые способы выхода из проблемной ситуации.

В сказкотерапии отсутствуют возрастные ограничений, она эффективна в работе с дошкольниками, младшими школьниками, подростками и взрослыми.

Сказка обычно выполняет три функции: диагностическую, терапевтическую (коррекционную) и прогностическую.

Процесс самовыражения через сказку связан с укреплением психологического здоровья человека. Используя сказку, психолог помогает пациенту справиться со своими проблемами, восстановить

эмоциональное равновесие, устранить имеющиеся у него нарушения поведения, способствовать интеллектуальному развитию.

Индивидуальная и групповая формы сказкотерапии используются в психокоррекционной работе с детьми в возрасте от 5 до 12 лет, имеющими тревожные расстройства, расстройство адаптации, расстройства поведения (недостаточная внимательность, чрезмерная подвижность, агрессивность). Сеанс сказкотерпии необходимо проводить некоторое время спустя после предположительно психотравмирующей ситуации, когда ребенок успокоился и способен взглянуть на происшедшее со стороны.

Сказка выполняет диагностическую функцию, т.е. предполагает выявление уже имеющихся жизненных сценариев и стратегий поведения ребенка. При работе со сказкой даются такие инструкции: «Сочини сказку про мальчика (девочку)», «Сочини сказку о мальчике пяти лет», «Сочини любую сказку», затем обсуждается сказка и проводится анализ. Это способствует выявлению проблем ребенка, о которых он не хочет или не может говорить вслух.

Например, проверить отношение ребенка-дошкольника к разводу родителей, можно, рассказывая ему сказку: «Птенцы». «В гнездышке на дереве спят птички: папа, мама и маленький птенец. Вдруг налетел сильный ветер, ветка сломалась, и гнездышко упало вниз. Все оказались на земле. Папа летит и садится на одну ветку, мама - на другую. Что делать птенцу?»

После прочтения сказки задаются вопросы:

- Что делает птенец?

- К кому он полетит?

- Что он чувствует?

Чаще всего дети говорят так: “Птенец тоже летит и садится на какую-нибудь ветку”, “Полетит к маме, потому что он испугался”,

“Полетит к папе, потому что он сильней”, “Останется на земле, потому что он не умеет летать, но будет звать на помощь, и папа (или мама) прилетит и заберет его”. Признаками скрытой тревожности ребенка являются ответы, подобные следующим: “Птенец не умеет летать, поэтому останется на земле”, “Попытается лететь, но не сумеет”, “Умрет от голода (или от дождя, холода и т. д.”, “О нем все забудут, и кто-нибудь наступит». Затем рисуем героя сказки и сочиняем ее продолжение. Результатом работы должно становиться осознание того, что родители не бросили ребенка и будут дальше взаимодействовать для выполнения родительской функции.

Сказка может выполнять терапевтическую (коррекционную) функцию. Для этого используются в работе народные или авторские сказки (Стишенок И.В., Сакович Н.А., 2006), а также сказки, сочиненные детьми и родителями. Например, мальчик 7лет, учится в 1 классе общеобразовательной школы, нарушает правила поведения в школе: агрессивен по отношению к одноклассникам, друзей в коллективе нет, неусидчив на уроке. Была использована сказка «Золотая рыбка», которая помогает решить проблемы во взаимоотношениях с другими людьми, понять ценность и важность партнеров по общению.

После прочтения сказки задавались вопросы:

- О чем сказка?
- Какой характер у героев сказки?
- Чему научила нас сказка?
- Знакома ли тебе такая ситуация?
- Какие чувства возникали во время прочтения сказки?

После обсуждения рисовали героя сказки, изготавливали куклу, которая использовалась в проигрывании придуманного продолжения сказки. Работа со сказкой помогла ребенку наладить отношения с окружающими (появились друзья), найти выход из конфликтной

ситуации. Ребенок смог осознать и сформулировать собственные чувства и желания.

Другой пример: мальчик, 9 лет, не слушает, что ему говорят взрослые, грубит, всех передразнивает, есть младший брат 3 лет, с которым не складываются отношения: дерется, не дает свои игрушки, выгоняет из комнаты, ревнует к родителям. Использовалась сказка «Колючка», которая использовалась в качестве метафорической призмы для рассмотрения сложившейся конфликтной ситуации. Чувствуя себя защищенным сказочной реальностью, ребенок смог сформулировать собственные чувства и осознать желания. С мамой была проведена беседа о детской ревности, способах ее профилактики и действиях в критических ситуациях. Результатом такой работы, стало осознание того, что от родителей, их чувства такта, терпения и выдержки, во многом зависит то, какими будут взаимоотношения детей в семье.

На занятиях сказкотерапии используются куклы, которые изготавливаются из различных материалов (коробочки из-под чая, поролоновой губки, веера и т.д.) или готовая кукла, которая одевается на руку как варежка, или пальчиковая кукла. Ребенок, надевая куклу, рассказывая историю про нее, совершает какие-либо действия.

Для родителей, имеющих сложности во взаимоотношениях с детьми, используется сказка «Ежики», которая помогает оценить и осмыслить свою роль в семье и жизни. Родители читают вместе с ребенком сказку, обсуждают, делают куклу, проигрывают, рисуют по сказке совместный рисунок. Затем рисуют героя сказки и сочиняют ее продолжение. Занятия с детьми и родителями способствуют установлению нового вида взаимодействия, являющегося основой для взаимопонимания и возможности весело и интересно общаться.

Таким образом, сказкотерапия является эффективным инструментом для коррекции личностных проблем. Методика проста и

удобна в использовании. Сказкотерапия позволяет развить творческое мышление, вербальный язык, образное мышление, способность устанавливать причинно-следственные связи, развить эмпатию и чувство юмора. После сеансов сказкотерапии улучшаются мелкая и общая моторика, фон настроения, навыки самообслуживания. В смешанных группах (дети и их родители) формируются более теплые семейные отношения, появляется принятие своего ребенка.

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СЛУЖЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ (В СВЯЗИ С ЗАДАЧАМИ ПСИХОГИГИЕНЫ)

Позднышев М.А., Посанчуков Т.В., Габрильянц М.А., Безчасных К.В., Козлов В.Ю.

Поликлиника №3 ФКУЗ "МСЧ МВД Росии по г. Москве"

Москва

Правоохранительная деятельность характеризуется высоким уровнем психоэмоционального напряжения, интенсивными физическими нагрузками, необходимостью использования мер физического принуждения и психологического воздействия в экстремальных ситуациях при работе с антисоциальным контингентом, конфликтными ситуациями, связанными с осуществлением властных полномочий, ношением и применением оружия, высокой социальной ответственностью.

В условиях повышения требований к эффективности деятельности по защите правопорядка особое значение приобретает оценка врачом-психиатром психоэмоционального состояния сотрудников органов внутренних дел (ОВД) в ходе медицинских профилактических осмотров (профосмотров). Выявляемые расстройства психического здоровья

зачастую носят субклинический характер, проявляясь транзиторной симптоматикой с благоприятным прогнозом. При этом диагностический акцент смещается в сторону изучения личностных особенностей и характера приспособительного реагирования, что позволяет обосновать служебно-трудовой прогноз и индивидуализировать необходимые оздоровительные мероприятия.

Порядок прохождения профосмотров установлен приложением 3 к Приказу МВД России № 275 от 24.04.2019г. «Об отдельных вопросах медицинского обеспечения и санаторно-курортного лечения сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации…». В части, касающейся психиатрического звена ведомственной поликлиники, на начальном этапе профосмотра проводятся: осмотр психиатром, в ходе которого делается акцент на своевременном выявлении признаков психических расстройств и факторов риска их развития, употребления наркотических веществ; химико-токсикологические исследования и их интерпретация. Сотрудники, нуждающиеся в уточнении состояния, направляются на второй этап профосмотра, включающего в себя осмотр врачом психиатром-наркологом. В случае выявления признаков психических расстройств, в том числе, связанных с употреблением психоактивных веществ, принимается решение о целесообразности динамического наблюдения в консультативно-лечебной или профилактической группах, а при наличии показаний и стационарное обследование с последующим освидетельствованием на предмет годности к службе в ОВД.

В ходе оценки психического состояния врачи-психиатры традиционно пользуются клиническим методом, который включает клиническую беседу и осмотр. Следует отметить принципиальную ориентированность данного метода на уже сформировавшиеся патологические состояния, т.е. на нозологическую диагностику, а также

его невысокую «пропускную способность». Однако, надежность клинического метода, дополненного методами экспериментально-психологического исследования, остается достаточно высокой. В свою очередь, несовершенство диагностики может негативно влиять на выявляемость психической патологии, особенно связанной с этиологическими факторами психогенной природы.

В ходе проведения ежегодных профилактических осмотров сложились клинические впечатления, которые позволяют выделить следующие особенности медико-психологического сопровождения сотрудников органов внутренних дел: 1) сотрудники ОВД составляют социальную группу повышенного риска развития пограничных психических расстройств, в связи с чем следует расширить арсенала индикаторов его донозологической оценки; 2) учет личностных особенностей позволяет точнее оценить величину риска формирования психических расстройств на субклиническом уровне, коррекция которых возможна путем проведения мероприятий психогигиенического характера без использования средств психофармакотерапии; 3) распространенность психических расстройств клинического уровня у сотрудников ОВД довольно низка, однако остается высокой представленность предпатологических состояний, когда психологическая адаптация еще возможна за счет компенсаторно-приспособительных ресурсов личности; 4) выявление стилистики защитно-совладающего личностного реагирования в рамках приспособительного поведения открывает дополнительные возможности для индивидуализации психопрофилактических мероприятий, что позволяет точнее формулировать мишени для психотерапевтической работы; 5) закономерности адаптивно-компенсаторных реакций являются общими как для здоровых людей, так

и для лиц из группы социального риска, что может быть использовано в работе по адаптации к службе.

В соответствии с Приказом МВД России от 10.01.2012г. №5 «О медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации» сотрудники ОВД направляются на углубленное медицинское обследование в ведомственную поликлинику с последующим психофизиологическим обследованием в условиях Центра психологической диагностики (ЦПД). В этом процессе активное участие принимает психолог ОВД, который помогает собрать информацию о неблагоприятных факторах, воздействовавших на сотрудников, обеспечить возможность комплексного психологического консультирования. После медицинского обследования врачебной подкомиссией поликлиники принимается решение об объеме медико-психологической реабилитации сроком 14-30 суток, которая может проводиться как в условиях кабинетов психологической регуляции ОВД, так и в санаторно-курортных учреждениях.

Сотрудникам ОВД, у которых по результатам осмотра врачом-психиатром, психологического обследования, или при самостоятельном обращении выявлены расстройства психического здоровья, оказывается консультативно-лечебная помощь.

В соответствии с указанием ДТ МВД России № 22/29/ЦЧ/9-1646 от 09.06.2020г. сотрудники ОВД, перенесшие коронавирусную инфекцию, проходят внеплановые медицинские осмотры у врача-психиатра с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) на предмет выявления лиц, нуждающихся в психолого-психиатрической помощи. В отношении них проводятся психопрофилактические, коррекционные, психотерапевтические мероприятия, по показаниям – амбулаторное лечение, медико-психологическая реабилитация, санаторно-курортное лечение.

В своей практике врачу-психиатру приходится сталкиваться с ситуациями, когда сотрудник ОВД направляется руководством подразделения в поликлинику для определения целесообразности закрепления за ним табельного оружия, тогда как действующими нормативно-правовыми актами данный вид медицинского осмотра сотрудников ОВД не предусмотрен, в связи с чем, приходится разъяснять психологам подразделений ОВД задачи и порядок углубленного медицинского обследования у врача-психиатра. По итогам обследования сотрудник ОВД может быть направлен на освидетельствование военно-врачебной комиссией, по результатам которого выносится заключение о годности к службе в ОВД, которое подлежит реализации кадровым аппаратом подразделения.

Таким образом, построенная на биопсихосоциальном понимании личности в современных условиях система мероприятий, направленных на оценку служебно-профессиональной готовности сотрудников ОВД, реализуемая с участием врачей-психиатров, является многоаспектным и неотъемлемым компонентом медико-психологического сопровождения личного состава органов внутренних дел России.

К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО РЕАГИРОВАНИЯ У СТУДЕНТОВ

Разгонова Д.С., Худина Ю.С., Заика В.Г.

Ростовский государственный медицинский университет

Ростов-на-Дону

Актуальность. Из всех компонентов психики, эмоции являются одним из самых влиятельных факторов, определяющих не только поведение человека, но и жизнь в целом. Несмотря на большое количество описанных теорий, характеристик, компонентов и категорий,

до сих пор тема эмоциональности является дискутабельной из-за отсутствия комплексных исследований.

Цель исследования. Выявление и анализ эмоционального реагирования у студентов.

Задачи:

1) определение уровней эмоционального реагирования;

2) определение структуры личности в выборке;

3) анализ гендерных отличий.

Материалы и методы: исследование проводилось в Ростовском государственном медицинском университете (РостГМУ). За период 3 месяцев (с октября по декабрь 2020 года) путем добровольного анонимного анкетирования было обследовано 50 студентов: 19 юношей и 31 девушка. Применялись следующие диагностические методики: «Эмоциональная возбудимость-уравновешенность» (Б.Н. Смирнов), тест-опросник Шмишека, авторская анкета с вопросами открытого и закрытого типов. Критерии включения: возраст 18-26 лет, учеба в РостГМУ. Критерии исключения: наличие психического заболевания, прием психотропных препаратов. Сбор и формирование базы данных были проведены при помощи программы MS Excel 2017, статистический анализ - при помощи двухфакторного анализа программы Statistica 12.

Результаты исследования: из 50 студентов 5 респондентов были исключены из исследования в связи с тем, что в методике «Эмоциональная возбудимость-уравновешенность» показали низкий результат по уровню искренности (достоверности). В дальнейшем исследовании приняли участие 45 студентов (16 юношей, 29 девушек).

Проанализировав ответы, полученные методикой «Эмоциональная возбудимость-уравновешенность», мы получили 5 групп респондентов:

- I группа - с очень низкой эмоциональной возбудимостью – 6 студентов (13,4%);

- II группа - с низкой эмоциональной возбудимостью – 10 студентов (22,2%);

- III группа - со средней эмоциональной возбудимостью – 10 студентов (22,2%);

- IV группа - с высокой эмоциональной возбудимостью – 10 студентов (22,2%);

- V группа - с очень высокой эмоциональной возбудимостью – 9 студентов (20,0).

Количество юношей преобладало в группах с очень низкой и низкой эмоциональной возбудимостью (4 и 6 юношей соответственно), а девушек – в группах с высокой и очень высокой эмоциональной возбудимостью (по 9 девушек в каждой группе). 4 юноши и 6 девушек «показали» результат в виде средней эмоциональной возбудимости.

Тест-опросник Шмишека позволил выявить 32 респондента без акцентуаций (71,1%) и 13 респондентов с акцентуациями (28,9%). Акцентуации характера и темперамента распределились практически одинаково (5 и 4 респондентов соответственно), у 4 студентов были выявлены оба вида акцентуаций. Среди респондентов с акцентуациями гендерные особенности оказались следующими: количество юношей составило 18,8% от гендерной выборки, а девушек – 34,5% от гендерной выборки.

Проанализировав результаты обеих использованных методик, мы получили следующее:

- в I группе акцентуации различных характеристик были выявлены у 4 человек (44,4%);

-во II группе – у 2 человек (20,0%);

-в III группе – у 2 человек (20,0%);

-в IV группе – у 4 человек (40,0%);

-в V группе – у 2 человек (22,2%).

Применив метод статистического анализа, мы выявили статистически значимую гендерную зависимость эмоционального реагирования у студентов (F=11.783, p=0.00138): медиана уровня эмоциональности у девушек составила 13,5605; у юношей – 6,5128. Личностные особенности и уровень эмоционального реагирования на первый взгляд не выявили достоверной значимости, однако, внимательно изучив получившиеся в программе графики, мы получили интересный результат: тип личности оказывает влияние путем изменения эмоциональной реакции у гендерного фактора.

Выводы. Уровень эмоциональной возбудимости имеет более сильную корреляцию с полом (в группах со снижением эмоционального реагирования преобладали юноши, в группах с увеличением эмоционального реагирования – девушки), тип личности также является значимым параметром.

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА СОВЕРШЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Родионов А.С.

ГБУЗ НО "НОПНБ№3"

Нижний Новгород

Проблема общественно опасных действий (ООД) у пациентов психиатрических стационаров остается актуальной в современной психиатрии. В происхождении общественно опасного поведения лиц с психическими расстройствами доказано взаимодействием психопатологических проявлений, особенностей личности и факторов социальной среды.

Целью исследования являлась сравнительная характеристика социального статуса и частота встречаемости ООД у пациентов с различными психическими расстройствами.

Материалы и методы. В исследовании, проведенном в 2020 г. на базе отделения принудительного лечения специализированного типа ГБУЗ НО «НОПНБ№3» приняли участие 88 (100%) пациентов мужского пола (средний возраст исследуемых составил 25±3,5 года совершивших ООД). Пациенты были разделены на 3 группы: 1 группа - расстройства шизофренического спектра (шизофрения, параноидная форма (30,6%; n=27), 2 группа - умственная отсталость легкой (12,5%; n=11) и умеренной (26,1%; n=23) степени; 3 группа - органические расстройства личности (30,6%; n= 27). Диагностическая квалификация изученных случаев опиралась на диагностические критерии Международной классификации болезней 10 пересмотра (1994) для разделов «Умственная отсталость» (F70-73), «шизофрения» (F 20) и «органические психические расстройства» (F 07). В работе применялись клинико-психопатологический, клинико-катамнестический и статистический методы. Оценка социального статуса проводилась с помощью разработанного автором опросника и включала в себя данные анамнеза жизни и заболевания, сведения об уровне образования, трудоустройстве, материальном статусе и кратности совершения общественно опасных деяний. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакетов программ «Statistica 7.0», «Stats» и «Fifer», написанных для языка программирования R 3.4.0 (RCoreTeam (2017).

Результаты. Установлено, что чаще ($p<0,01$) повторное совершение ООД отмечались среди пациентов с умственной отсталостью легкой (63,6%; n=7) и умеренной (91,3%; n=21) степеней. У пациентов из группы с умственной отсталостью легкой и умеренной степени доля больных с низким уровнем образования составила 73,5% (n=25) из всей группы

обследуемых (n=34). При оценке трудового статуса оказалось, что доля лиц, не имеющих постоянного места работы, составила 91,1% (n=31). Сравнение по уровню доходов пациентов определили долю лиц с низким материальным статусом в 88,2% (n=30) (p<0,01). В группе с органических расстройств личности повторное совершение ООД составило (18,5%; n= 5), доля больных с низким уровнем образования составила 22,2% (n=6) из всей группы обследуемых (n=27), не имеющих постоянного места работы составила 77,7% (n=21), доля лиц с низким материальным статусом в 40,7% (n=11) (p<0,01). У пациентов с шизофренией повторное совершение ООД составило (11,1%; n= 3), доля больных с низким уровнем образования составила 11,1% (n=3) из всей группы обследуемых (n=27), не имеющих постоянного места работы составила 85,1% (n=23), доля лиц с низким материальным статусом в 51,8% (n=14) (p<0,01).

Выводы. Результаты исследования статистически достоверно показали, влияние социального статуса на повторное совершение общественно опасных действий. Пациенты с низкой социальной характеристикой наиболее подвержены девиантному поведению и совершению повторных ООД ввиду низкого уровня образования, отсутствия трудоустройства и низкого материального статуса.

НЕЙРОКОГНИТИВНЫЕ МАРКЕРЫ В ПРЕВЕНЦИИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНО-МНЕСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Рыжова И.А.

МНИИП - филиал ФГБУ "НМИЦ ПН им. В.П. Сербского" Минздрава России

Москва

Актуальность научного исследования обусловливается необходимостью и значимостью его результатов для клинической

практики. По сложившейся традиции недооценивается ключевая роль когнитивного снижения в структуре психических расстройств пожилого возраста. Отсутствуют чувствительные диагностические методики для выявления когнитивной разбалансированности в продроме деменций. Дебютные легкие когнитивные нарушения маскируются вторичными аффективными проявлениями, что искажает выбор психофармакологических мишеней и оптимальные сроки начала специфической терапии. В итоге психофармакологическое вмешательство ограничивается использованием препаратов, не имеющих прокогнитивной направленности.

Цель исследования заключалась в определении маркеров изменения когнитивного статуса у пациентов пожилого возраста с риском прогредиентного когнитивного снижения.

Дизайн исследования имел форму экспериментального неконтролируемого лонгитюдинального анализа в течение трехгодичного интервала. Выборочную когорту составили 25 пациентов, преобладающий клинический диагноз которых относился к группе расстройств органической этиологии: «органические расстройства настроения [аффективные]» и «органическое эмоционально лабильное [астеническое] расстройство». Клиническое заключение инструментально верифицировалось визуализированной МРТ-картиной с множественными очагами глиоза, признаками заместительной наружной и внутренней сообщающейся гидроцефалии. Экспериментальный диагностический этап включал циклическое нейропсихологическое исследование с оценкой параметров: памяти – объема, уровня контроля, модальности, временной отдаленности контента; мышления – смыслового содержания, логичности, динамики, критичности; речи – беглости, семантико-грамматического

структурирования, легкости подбора слов; произвольного внимания; когнитивной выносливости; зрительно-пространственного восприятия.

Результаты. При нейропсихологическом обследовании были выявлены зрительно-пространственные и регуляторные нарушения как следствие когнитивного синдрома (в англоязычной терминологии - dysexecutive syndrome), топографически локализованного в ассоциативных зонах коры головного мозга – лобных и теменно-височно-затылочных (что требует дальнейшей нозологической верификации с применением оборудования высокого разрешения). При том что почти всем пациентам легко удавалось выполнить простые задания, такие как запоминание и повторение слов и цифр - без труда запоминали 6-7 элементов, копирование или рисование по памяти геометрических фигур, элементарный счет, классификация предметов, сравнение понятий, интерпретация скрытого смысла пословиц и метафор, они испытывали растерянность при предъявлении тестовых заданий, требующих целенаправленной организации, а именно: поиска нетривиального подхода к решению, оригинальных способов достижения целей, построения точного алгоритма действий, интеграции разномодальных систем посредством визуализации представлений для переструктурирования памяти, синтеза сенсорных импульсов с целью идентификации положения объекта в пространстве и оценки расстояния до него. В исследуемой когорте исполнительный (регуляторный) дефицит преобладал в структуре когнитивного синдрома психических заболеваний, до того момента не осложненных деменцией.

Оригинальная методика когнитивного тренинга, отвечающая требованиям коррекции дисрегуляторных расстройств, успешно применялась в психореабилитационной работе с пожилыми пациентами.

Выводы. Первично выявляемая в пожилом возрасте субдепрессивная симптоматика в виде тревожной растерянности,

безынициативности, дистимии должна служить условным индикатором назначения клиницистами углубленного нейропсихологического изучения психических функций у этой категории больных с превентивной целью; маркерами изменения когнитивного статуса в продроме тяжелых когнитивных расстройств выступают дисрегуляторные нарушения, такие как снижение уровня мнестического контроля, самоорганизации мышления и речевых функций, зрительно-пространственная дезориентация; в превентивном лечении важна не только своевременная диагностика, но и активная психокоррекционная и психообразовательная интервенция.

СОЦИАЛЬНО ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, КОМОРБИДНЫМИ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ (СПАЙСОВ)

Селиванов Г.Ю., Гареева В.С.

НИИ психического здоровья Томский НИМЦ;

СибФНКЦ ФМБА; ФКУ «ГБ МСЭ по Томской области»

Томск, Северск

Введение. Современная наркологическая ситуация характеризуется, с одной стороны, ростом распространенности психических расстройств коморбиных с наркозависимостью, вызванной синтетическими каннабиноидами (спайсами), а с другой стороны, значительным увеличением их количества за счет включением в их число больных шизофренией, зависимых от данного наркотика. Выраженное болезненное пристрастие к данному наркотику деформирует социальные приспособительные механизмы, ведет к

дезадаптации больных в обществе, нарушает трудовое функционирование, уровень социальной полезности.

Цель – изучить социально приспособительные механизмы пациентов с психическими расстройствами коморбиными с зависимостью от синтетических каннабиноидов (спайсов).

Методы исследования: клинико-психопатологический, психологический. Методики: Диагностики самооценки уровня тревожности Ч.Д.Спилбергера и Ю.Л.Ханина; Диагностики социально-психологической адаптации» К. Роджерса и Р. Даймонд; Индекс жизненного стиля Р.Плутчика, Г.Келлерман, Х.Р.Конта; Диагностики склонности к отклоняющемуся поведению А.Н.Орел, MMPI, статистический R (R version 3.2.4).

Результаты. Обследовано 303 мужчин (возраст 29,5±0,51 лет) зависимых от синтетических каннабиноидов с диагнозами: - расстройства личности и поведения в зрелом возрасте – 108 чел., параноидная шизофрения – 145 чел.; Группа сравнения - больные шизофренией без зависимости от наркотиков (50 чел.). Социально приспособительные механизмы больных данной категории определяют особенности характера взаимодействия с обществом, группирование в социальной среде, реагирование на социальный стимул, особенности выстраивания коммуникации, паттерны поведения, механизмы психологической защиты.

Заключение. Факторами, нарушающими социально приспособительные механизмы, объединяющими больных, имеющих болезненное пристрастие к синтетическим каннабиноидам, являются психопатические черты характера (антисоциальные, импульсивные, шизоидные, тревожные); стремление к совершению деликтов, нарушению норм и правил, группированию в криминализированные и нонкомформные группы (включающих в своем большинстве участников

наркооборота), обрыв связей с родственниками, делегирование своей фигуры в семье; реагирование на контакт с социумом тревогой, агрессией, деструктивными психологическими защитами. Факторами, обуславливающими формирование относительно стабильных социально приспособительных механизмов, являются нахождение в гомогенной среде, в том числе, среде с социально приемлемым аддитивным поведением (снижающим частоту регоспитализаций, что является косвенным фактором в реабилитации больных).

КОРРЕЛЯЦИИ НЕЙРОТРОФИЧЕСКИХ И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Сиденкова А.П., Селькина Е.О., Базарный В.В.

ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет

Екатеринбург

Актуальность. Болезнь Альцгеймера (БА) является нейродегенеративной патологией, развивающейся преимущественно у людей пожилого и старческого возраста. Нарушение транспорта BDNF или подавление его продукции оказывается характерным для людей старого возраста.

Цель. Исследование влияния болезни Альцгеймера на секрецию мозговых факторов и соотнесение с нейропсихологическими профилями.

Материал и методы исследования. Обследовано 12 мужчин (2) и женщин (10) с болезнью Альцгеймера. Средний возраст обследуемых 76,25+4,89. Методы: MMSE, ADAS-COG, лабораторный – BDNF проводили с помощью G7611 BDNF Emax (R) ImmunoAssaySystem 5 x 96 лунок, BDNF Emax® Иммуннологического теста.

Результаты. 2 пациента имеют легкую деменцию, 8 пациентов имеют умеренную деменцию, 2 пациента имеют тяжелую деменцию.

Средний возраст больных легкой деменции 72,0+1,0. Средний балл по MMSE 16,7+3,4. Корелляционный анализ показал тесные связи между выраженным снижением памяти в пробах на запоминание (ADAS-COG) и выраженным снижением содержания BDNF крови (r=0,676). Выявлены тесные статистически значимые связи между низким результатом теста на узнавание и низким содержанием BDNF крови (r=0,598).

Вывод. Мы предполагаем, что BDNF крови является маркером патологически ускоренного старения ЦНС, поскольку низкие результаты проб на мнестическую функцию являются показателем тяжелой дегенерации при болезни Альцгеймера.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ ЛИЧНОСТИ С УРОВНЕМ РАЗВИТИЯ ТВОРЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА

Султанова А.Н., Рязанова А.С., Станкевич А.С.

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России,

ГАУССО НСО "Успенский психоневрологический интернат"

Новосибирск

Ускорение темпа жизни, увеличение объема информации, экономическая нестабильность, эмоциональные перегрузки – это те стрессовые факторы, которые занимают все более значимое положение в жизни людей. Стресс вызывает не только психологические, но и общесоматические изменения, влияющие на организм человека, что еще больше усугубляет состояние человека. Важное значение также уделяется феномену стрессоустойчивости, как способности совладания в проблемных ситуациях.

Стрессоустойчивость является основой успешного социального взаимодействия человека, который характеризуется эмоциональной

стабильностью, низким уровнем тревожности, высоким уровнем саморегуляции, психологической готовностью к стрессу. По мнению некоторых исследователей, творческий потенциал личности характеризуется психологическими особенностями человека, определяющими ценности, понятия и методы решения, творческая личность открыта для всего нового, видит проблему с разных сторон. Такая личность обладает высоким уровнем работоспособности, энергии и психофизиологических возможностей, что также способствует лучшей переносимости воздействия неблагоприятных условий и лучшей адаптации.

Зарубежные исследователи отмечали более эффективная адаптивность после воздействия стрессоров у креативных людей. Рассматривая проблему с различных точек зрения, они не только могут спрогнозировать ее развитие, но и найти наиболее продуктивное решение. Такой вывод подтверждался и в отечественных исследованиях, где показано, что люди с низкой стрессоустойчивостью обычно применяют неэффективные методы борьбы со стрессом, у них зафиксирован низкий уровень креативности.

Цели исследования. Творческий потенциал и стрессоустойчивость.

Материалы и методы. Исследование проводилось среди молодых людей от 18 до 23 лет. Выборку составили 47 человек, из которых 15 мужчин (31,91%) и 32 женщины (68,09%). В работе применялись следующие методики: многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (МЛО-АМ), тест на диагностику творческого потенциала и креативности (Рогов Е.И.), методика диагностики личностной креативности (Туник Е.Е.).

Результаты и их обсуждение. Мы предполагаем, что имеется связь между уровнем творческого потенциала и стрессоустойчивостью, а

именно: высокий уровень творческого потенциала способствует лучшей стрессоустойчивости в стрессовых ситуациях. Так же нами выдвинуто предположение о том, что высокий уровень развития творческого потенциала способствует лучшей нервно-психической устойчивости, лучшей развитости коммуникативных особенностей, однако не влияет на моральную нормативность.

При исследовании уровня личностной креативности по методике Е.Е. Туник было выявлено, что среди 47 респондентов высокий уровень личностной креативности был выявлен у 22 человек (46,8%); средние значения выявлены у 17 человек (36,17%); у 8 человек – низкие значения (17,03%). При этом по методике Е.И. Рогова в основной группе выявлен преимущественно высокий уровень творческого потенциала и составил 15 человек, а у 7 человек выявлены показатели среднего уровня. В группе сравнения у 10 испытуемых выявлен низкий уровень творческого потенциала, у 15 – средний уровень.

У испытуемых с высоким уровнем личностной креативности преобладает высокий и средний уровни адаптивности, а, следовательно, более высокая степень стрессоустойчивость. У испытуемых с низким и средним уровнем личностной креативности преобладает низкий уровень адаптивности, то есть низкая степень стрессоустойчивости.

При анализе наличия взаимосвязи между творческим потенциалом и стрессоустойчивостью были получены следующие результаты: обратная связь между шкалой личностной креативности и шкалой личностного адаптивного потенциала ($r = -0,64$ при $p \leq 0,05$), обратная связь между шкалой личностной креативности и шкалой нервно-психической устойчивости ($r = -0,59$ при $p \leq 0,05$) и обратная связь между шкалой личностной креативности и шкалой коммуникативных особенностей ($r = -0,57$ при $p \leq 0,05$). Также получены результаты по шкале творческого потенциала и креативности и шкалой личностного

адаптивного потенциала ($r = -0,67$ при $p \leq 0,05$), шкалой нервно-психической устойчивости ($r = -0,64$ при $p \leq 0,05$), а также шкалой коммуникативных особенностей ($r = -0,68$ при $p \leq 0,05$). То есть наличие высокого уровня креативности способствует более успешной адаптации и повышенной стрессоустойчивости в сложных жизненных ситуациях.

Таким образом, можно сказать, что имеется связь между уровнем творческого потенциала и стрессоустойчивостью, а именно: высокий уровень творческого потенциала способствует лучшей стрессоустойчивости в стрессовых ситуациях, а также предположение о том, что высокий уровень развития творческого потенциала способствует лучшей нервно-психической устойчивости, лучшей развитости коммуникативных особенностей, однако не влияет на моральную нормативность.

Обобщая все вышесказанное, можно сделать вывод о том, что люди с высоким уровнем креативности и творческого потенциала проявляют лучшую стрессоустойчивость в различных трудных ситуациях в силу своих возможностей находить новые нестандартные решения возникающих проблем, а также имеют возможность уходить в творческий процесс, который способствует накоплению личностного ресурса для последующей актуализации его в стрессовых ситуациях.

Также творческий процесс используется как способ терапии, релаксации. Существуют единичные исследования в этой области, и дальнейшее изучение данной проблемы представляется перспективным в силу наличия многочисленных стрессовых ситуаций в современном мире и необходимостью поиска решений с их совладением.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ПОДХОДА В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ, СВЯЗАННЫМИ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Томинина Е.В., Кулаков Д.Д., Мальцева Е.А.

КОГБУЗ "Кировский областной наркологический диспансер"

Киров

Злоупотребление психоактивными веществами (далее ПАВ) оказывает прямое влияние на смертность населения в связи с летальными исходами от острых отравлений алкоголем и наркотическими средствами, несчастных случаев и преступлений, обусловленных алкогольным/наркотическим опьянением (дорожные происшествия, пожары, бытовые убийства и т.д.), суицидов, совершаемых в состоянии опьянения, негативно влияет на состояние здоровья населения, увеличивает число случаев инвалидности среди граждан.

В настоящее время в оказании специализированной медицинской помощи по профилю «Психиатрия-наркология» применяется биопсихосоциальный подход, в основе которого лежит принцип оказания пациентам наркологического профиля не только медикаментозной помощи, но и работу с личностью пациента. При этом помощь оказывается полипрофессиональной бригадой специалистов, включающей в себя врача-психиатра-нарколога, врача-психотерапевта, медицинского психолога, специалиста по социальной работе или социального работника и медицинскую сестру.

С 2011 года в КОГБУЗ «Кировском областном наркологическом диспансере» медицинская реабилитация проводится в соответствии с программой «Модель реабилитации зависимых на основе индивидуальных психотерапевтических программ, дифференцированных моделей реабилитационной среды и ступенчатой

мотивационной интервенции» (метафорическое название «Кировская реабилитационная воронка»). Данная программа реабилитации была создана совместно со специалистами Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. По итогам Всероссийского конкурса на лучшую реабилитационную программу в 2013 году заняла 4 место и была рекомендована к внедрению на территории Российской Федерации.

Цель исследования. Оценить эффективность применения программы «Модель реабилитации зависимых на основе индивидуальных психотерапевтических программ, дифференцированных моделей реабилитационной среды и ступенчатой мотивационной интервенции» (метафорическое название «Кировская реабилитационная воронка») в 2016-2020 гг.

Материалы и методы. На базе Кировского областного наркологического диспансера был проведен анализ эффективности реабилитационных мероприятий среди пациентов наркологического профиля, прошедших реабилитацию в стационарных и/или амбулаторных условиях в 2016-2020 гг. по данным формы статистической отчетности № 37 «Сведения о пациентах, больных алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями».

Результаты и их обсуждение. За 2016-2020 гг. 986 пациентов прошли стационарную реабилитацию и 1419 пациентов приняли участие в мероприятиях амбулаторной реабилитации на базе КОГБУЗ «Кировский областной наркологический диспансер». Из них успешно завершили курс реабилитации в стационарных условиях 712 чел. (72,2%), после завершения стационарного этапа реабилитации остались в программе и перешли на амбулаторный этап - 627 чел. (88,1%), успешно завершили программу реабилитации в амбулаторных условиях - 720 чел. (50,7 %). При этом, с 2016 года доля лиц, успешно завершивших

программу медицинской реабилитации в стационарных условиях увеличилась на 7,1%, а доля лиц, успешно завершивших амбулаторный этап реабилитации на 18,5 %.

Выводы. Таким образом, полученные результаты показали достаточно высокую эффективность Кировской модели реабилитации зависимых пациентов. Данная программа постоянно совершенствуется и развивается благодаря сплоченной работе полипрофессинальной команды специалистов.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТОКСИЧЕСКОГО ЭПИДЕРМАЛЬНОГО НЕКРОЛИЗА (СИНДРОМА ЛАЙЕЛЛА) У БОЛЬНОГО ШИЗОФРЕНИЕЙ

Туктарова С.У., Юлдашев В.Л., Ахмерова И.Ю., Муфазалов А.Ф.

ФГБОУ ВО БГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ; ГБУ МЗ РБ РКПБ

Уфа

Цель исследования. Описание клинического случая успешного лечения токсического эпидермального некролиза (синдрома Лайелла) у больного шизофренией.

Материалы и методы. Случай токсического эпидермального некролиза (ТЭН), развившегося при лечении параноидной шизофрении галоперидолом, тизерцином, карбамазепином, циклодолом. Собраны анамнестические и катамнестические сведения, проанализированы результаты клинических и лабораторно-инструментальных исследований, данные медицинской документации.

Результаты и их обсуждение. Пациент М., 17 лет. Наследственность психопатологически отягощена – отец страдает шизофренией. Беременность и роды у матери без особенностей. В психомоторном развитии не отставал. Перенесенные заболевания: ОРВИ, корь. Аллергологический анамнез не отягощен. В школу пошел

своевременно, успевал удовлетворительно, окончил 9 классов, поступил в колледж. В 17 лет без наличия очевидных объективных причин стал замкнутым, перестал выходить из дома, говорил, что окружающие стали относиться к нему по-особенному, обсуждают его, разговаривал с мнимым собеседником, отмечал путаницу мыслей. Был госпитализирован в ГБУ МЗ РБ РКПБ. При поступлении в стационар соматическое и неврологическое состояние без особенностей. Психический статус: Тревожен, суетлив. Контакт формальный. Ориентирован полностью, правильно. Внимание привлекаемое, но каждый раз возвращается к болезненным переживаниям. На заданные вопросы отвечает формально-лаконично, не всегда по существу, отмечается спонтанная разорванная речевая продукция: «как ты думаешь … я нет … это была корова, она кричит, радуется …». Прислушивается к чему-то, переговаривается с мнимым собеседником, неожиданно начинает смеяться. Подтверждает наличие «голосов», которые «записали с телевизора на диктофон и прокручивают в голове», «они внушают разные мысли, радуют». Память снижена за счет нарушения фиксации внимания. Мышление в среднем темпе, непоследовательное, разорванное. Эмоционально неадекватен: то без причины улыбается, то неожиданно начинает плакать. В отделении оставался тревожным, периодически стремился куда-то бежать, галлюцинировал, выкрикивал отдельные фразы: «я сам, я хозяин … Снегурочка пропала, соскучился, пойду искать ее».

В процессе 2-х недельной терапии галоперидолом 15 мг в сутки, тизерцином 50 мг в сутки, карбамазепином 400 мг в сутки, циклодолом 4 мг в сутки купирована аффективная напряженность, частично редуцировалась продуктивная психотическая симптоматика, но при этом появились эритематозно-папулезно-везикулярные высыпания на коже лица, шеи и проксимальных отделах рук, выраженная гиперестезия кожи

и глаз, повысилась температура до 39^{0}С. Спустя два дня высыпания распространились по всему кожному покрову, приобрели буллезный характер, образовались эрозии на слизистой оболочке рта и конъюнктивы. Больной переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии.

При объективном осмотре состояние тяжелое, обусловленное болевым синдромом, буллезным поражением кожи, интоксикацией, нарушениями водно-электролитного баланса, белкового обмена, полиорганной недостаточностью, нарушением сознания по экзогенному типу (аменция). Появился высокий риск присоединения вторичной инфекции и кровотечения. Сознание помрачено. Внимание привлекается с трудом. Продуктивному контакту недоступен. Речь бессвязная. Дезориентировка алло- и аутопсихическая. Объем движений органичен из-за боли в коже и мышцах. Лихорадка 39,5^{0}С. Кожные покровы гиперемированы, с множественными буллезными элементами с прозрачным серозным содержимым. Положительный симптом Никольского. На слизистых оболочках рта, носа, конъюнктиве, гениталиях – эрозивные очаги поражения. Лимфатические узлы не увеличены, эластичные. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Частота сердечных сокращений (ЧСС) 120 ударов в минуту. Артериальное давление 100/70 мм.рт.ст. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления не нарушены. В общем анализе крови – гемоглобин 121 г/л, эритроциты 4,5х1012/л, лейкоциты 11,4х109/л, палочкоядерные 3%, сегментоядерные 83%, лимфоциты 3%, моноциты 11%, тромбоциты 340х109/л, СОЭ 30 мм/ч. В общем анализе мочи - удельный вес 1005, белок 0,5 г/л, лейкоциты 2-4 в поле зрения, эритроциты 10 в поле зрения. В биохимическом анализе крови - глюкоза 3,9 ммоль/л, общий белок 47 г/л, креатинин 144 мкмоль/л, мочевина 4,9

ммоль/л, общий билирубин 19,9 мкмоль/л, АЛТ 35 Ед/л, АСТ 21 Ед/л. ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС 120 уд/мин., нарушение процессов реполяризации в области перегородки по типу отрицательного з.Т.

Ранее проводимая психофармакотерапия была отменена. В дальнейшем, несмотря на адекватную, выполненную в соответствии с клиническими рекомендациями терапию, состояние пациента неуклонно ухудшалось, поражение кожи приобрело генерализованный характер с площадью раневой поверхности до 90%. В анализах крови зарегистрирована анемия, лейкоцитоз, ускорение СОЭ. Во время обильного истечения серозного содержимого из буллезных элементов и эпидермального отслоения отмечено снижение уровня альбумина, повышение уровня печеночных трансаминаз и концентрации мочевины. В моче - протеинурия и гематурия. Потеря массы тела литическая - с 53 до 30 кг.

Проводился консилиум в составе реаниматолога, психиатра, дерматолога, офтальмолога, инфекциониста, отоларинголога, стоматолога, клинического фармаколога и врача-аллерголога, приглашенного из Республиканской клинической больницы, выставлен диагноз: «Токсический эпидермальный некролиз (синдром Лайелла)». Проводимое лечение: пульс-терапия преднизолоном, 10 сеансов плазмофереза, инфузии свежезамороженной плазмы, альбумина, аминокислот, кристаллоидов, дезинтоксикационных, антисекреторных, десенсибилизирующих средств. Лечение кожных покровов осуществлялось «открытым» способом с кварцеванием палаты и сменой постельного белья. Пациент «подвешивался» в специальный гамак для снижения травматизации кожных покровов. Для местной терапии кожи и слизистых использовались антисептики и ранозаживляющие препараты. Давались специализированные смеси для питания (суточный калораж 3000 ккал).

Несмотря на интенсивную терапию, ТЭН осложнился стафилококковым сепсисом, правосторонней нижнедолевой пневмонией и экссудативным плевритом. Бактериологическое исследование содержимого булл и посев крови на стерильность: выделена культура золотистого стафилококка. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: справа в нижнем легочном поле плеврокостальные наслоения, инфильтрация сегментов средней и нижней долей, в плевральной полости экссудат. Проводилось 4 курса антибиотикотерапии.

В процессе комплексной терапии отмечена положительная динамика: уменьшились количество и размеры буллезных элементов, стали отторгаться участки пораженной кожи, в дальнейшем - реэпителизация эпидермиса. Полная эпителизация пораженных участков кожи наступила на 35 сутки. Постепенно нормализовались лабораторные показатели. Прибавка массы тела составила 15 кг. Восстановилось сознание, на первый план выступили изменения личности негативного характера, нарушения ассоциативной и эмоциональной сферы, обусловленные специфическим влиянием эндогенного процесса. Больной выписан на 3-й месяц от момента поступления в стационар.

По данным катамнеза, состояние пациента удовлетворительное, высыпания не отмечались, наблюдается у психиатра в связи с параноидной шизофренией. В представленном клиническом наблюдении ТЭН развился на фоне полипрагмазии (галоперидол, тизерцин, карбамазепин, циклодол). По-нашему мнению, вероятной причиной этого тяжелого угрожающего жизни состояния явился карбамазепин, который наряду с другими противоэпилептическими препаратами занимает ведущие позиции среди причин развития синдрома Лайелла.

Выводы. Приведенный пример успешного излечения ТЭН (синдрома Лайелла) у больного шизофренией имеет междисциплинарный характер и может оказаться полезным для специалистов теоретической и практической медицины.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СВЯЗИ СУДОРОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ С ОРГАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ

Худина Ю.С., Заика В.Г.

Ростовский государственный медицинский университет

Ростов-на-Дону

Актуальность. В зарубежной литературе встречается большое количество статьей, описывающих прогнозы жизни у лиц разного возраста с судорожными расстройствами. В России эта тема является не менее популярной. Отличительной особенностью от западных статей представляется не синдромальное, а нозологическое описание ведущего диагноза «Эпилепсия» и ее связи с другими психическими заболеваниями. Учитывая важность данного вопроса не только в диагностических рамках и рамках прогноза развития психического расстройства, но и для дальнейшей оценки уровня социального функционирования личности (т.е. трудовых и экономических ресурсов), **целью исследования** явилось изучение влияния судорожных состояний, возникших в разные возрастные периоды жизни человека, на возможность формирования органического расстройства личности.

Задачи:

1) определение связи между судорожными состояниями детского возраста и органическим расстройством личности;

2) определение связи между судорожными состояниями взрослого возраста и органическим расстройством личности;

3) определение связи между судорожными состояниями детского и взрослого возраста и органическим расстройством личности.

Материалы и методы. В качестве группы лиц с органическим расстройством личности (основной группы) были обследованы больные, обратившиеся в психиатрические бюро-филиалы медико-социальной экспертизы (73 человека, и них: 52 мужчины, 21 женщина, средний возраст выборки - 30 лет). Критерии включения: молодой возраст (18-44 лет), установленный и документально подтвержденный психиатрическим стационаром диагноз: «Расстройство личности органической этиологии» (F07.0x согласно диагностическим критериям МКБ-10). Не включались в исследование лица, имеющие хронические изменения личности после психических заболеваний, а также с постэнцефалитическим и постконтузионным синдромом.

В качестве контрольной группы здоровых респондентов были обследованы студенты и сотрудники медицинского университета (71 человек, из них: 32 мужчины, 39 женщин, средний возраст выборки – 27 лет). Критерии включения для контрольной группы: молодой возраст (18-44 лет), отсутствие признаков психического расстройства, отсутствие обращений в анамнезе за психиатрической помощью.

В работе использовался авторский опросник. Формирование базы данных проводилось при помощи программы Microsoft Office Excel 2017. Для статистической обработки использовался критерий $\chi 2$ с поправкой на Йейтса, а также критерий φ с оценкой силы связи.

Результаты и их обсуждение. В результате исследования каждая из двух групп была разбита внутри на три подгруппы:

1 подгруппа - респонденты, у которых судорожные состояния возникали только в детском возрасте,

2 подгруппа - респонденты, у которых судорожные состояния возникали только во взрослом возрасте,

3 подгруппа - респонденты, у которых судорожные состояния наблюдались в детском и продолжались во взрослом возрасте.

В 1, 2 и 3 подгруппах контрольной группы положительные ответы респондентов не были зарегистрированы.

В 1 подгруппе у группы лиц с органическим расстройством судорожные состояния в анамнезе отмечались у 6 чел. (8,2% от всей группы), из них верифицированный диагноз «Эпилепсия» у 3 респондентов, во 2 подгруппе оказались только респонденты с верифицированным диагнозом «Эпилепсия» - 2 чел. (2,7%), в 3 подгруппе судорожные состояния отмечались у 7 чел. (9,5% от всей группы), а верифицированный диагноз «Эпилепсия» у 4 респондентов.

При клиническом анализе описываемых респондентами и в медицинской документации судорожных состояний были выявлены некоторые особенности их описания. Так 1 подгруппе основной группы судорожные состояния зачастую имели фебрильную причину возникновения, периодичность колебалась от 1 приступа в течении жизни, до 3-4 раз в год, но практически все заканчивались к 4-5 летнему возрасту респондентов; во 2 подгруппе 2 респондента указали на то, что судорожные состояния с тонико-клоническим компонентом возникли после массивной алкоголизации; в 3 подгруппе респонденты в подавляющем большинстве указывали на тонические и тонико-клонические судорожные приступы ориентировочно с 3-летнего возраста, продолжавшиеся в среднем 1-2 раза в 3-4 месяца на протяжении жизни.

При сравнительном статистическом анализе 1 подгруппы в контрольной группе и 1 подгруппы в группе лиц с органическим расстройством личности была выявлена средняя сила связи ($\chi 2$ с поправкой на Йейтса = 4.205, p=0.041; Критерий φ=0.206).

При сравнительном статистическом анализе 2 подгруппы в контрольной группе и 2 подгруппы основной группы была выявлена

слабая сила связи ($\chi 2$ с поправкой на Йейтса = 0.479, p=0.489; Критерий φ=0.117).

При сравнительном статистическом анализе 3 подгруппы в контрольной группе и 3 подгруппы основной группы была выявлена средняя сила связи ($\chi 2$ с поправкой на Йейтса = 5.233, p=0.023; Критерий φ=0.223).

Вывод. В исследовании выявлены две подгруппы, которые способствуют возникновению органического расстройства личности вследствие судорожного компонента - это I и III подгруппы. Максимальные показатели III подгруппы позволяют предположить, что судорожные состояния детского и взрослого возраста оказывают более неблагоприятное воздействие на мозг, нежели судорожные состояния, возникшие в детском возрасте (I подгруппа). Более низкие показатели в этой группе могут объясняться более высокими компенсаторными способностями детского мозга, а также кратковременностью влияния судорожных состояний. Отсутствие достоверных связей между органическим расстройством личности и судорожными состояниями взрослого возраста можно объяснить интоксикационной этиологией судорог.

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ДЕПРЕССИЙ У ПОДРОСТКОВ С ПОМОЩЬЮ ЭЭГ И МРТ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Шапошникова Ю.В., Косогова А.И.

КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1»

Красноярск

Проблема диагностики депрессии у подростков актуальна в настоящее время в связи с ее распространенностью, диагностическими сложностями, трудностями в лечении.

Множество фактов и гипотез указывают на тесную связь депрессии с нарушениями обмена ряда моноаминов, с дисфункцией тормозных систем коры и диэнцефальных отделов мозга, с десинхронизацией биологических ритмов, в частности, механизмов регуляции цикла сон-бодрствование, с полушарной специализацией в контроле положительных и отрицательных эмоций. На основании этих данных возможна разработка новых методов уточнения диагностики и оптимизации терапии депрессивных расстройств. Согласно различным литературным данным даже при «рутинном» визуальном анализе ЭЭГ, патологические знаки выявляются у 20–40% депрессивных больных. По данным Американской нейропсихиатрической ассоциации (2006), пригодность данных количественного анализа ЭЭГ для выявления депрессий, то есть их чувствительность и специфичность составляют 72–93% и 75–88% соответственно. Более того, Американская академия неврологии рекомендовала математический анализ ЭЭГ в качестве дополнительного инструмента дифференциации депрессивных больных от здоровых, а также пациентов, страдающих шизофренией, алкоголизмом и деменцией, классификации униполярных и биполярных расстройств В настоящее время ЭЭГ-метод также применяется не только в диагностике, но и в прогнозировании и оценке результатов лечения депрессий. К наиболее частым ЭЭГ- маркерам депрессивных состояний относят фронтальную асимметрию альфа мощности и регионально-специфичные изменения мощности в медленных и бета диапазонах. Для депрессии является характерным избыток бета активности, особенно выраженный до начала лечения, что может быть отражением процессов нарастания коркового возбуждения и дефицита избирательного торможения. При депрессиях нередко отмечается рост альфа-активности. Более половины проведенных исследований указывают на возрастание бета и альфа мощности при депрессиях. Работы,

посвященные анализу когерентности при депрессиях, немногочисленны и проведены на небольшом количестве испытуемых. Уже в первых исследованиях было показано, что когерентность хорошо дискриминирует группы больных аффективными расстройствами от нормы, больных шизофренией и гериатрических пациентов и чувствительна к антидепрессивному лечению. Была показана возможность дискриминации больных с первичной депрессией от депрессивных больных с алкоголизмом, деменциями и нормы, а также униполярных от биполярных депрессивных больных, на основе показателей межполушарной когерентности, бета активности и избытка медленных волн. Другие исследователи указывают на минимальные отличия депрессивных больных от нормы по медленноволновой активности либо отмечают недостаток дельта и тета мощности, в частности, в лобных регионах. Также в качестве дополнительного метода диагностики депрессий были попытки использовать обзорную МРТ. Однако, на основании ранее проведенных исследований на настоящее время достоверных данных, подтверждающих наличие специфичных изменений на МРТ при депрессии не представлено. Но все же, следует обратить внимание, что довольно частым изменением по данным МРТ обследования у данных пациентов являются кисты и гормонально-неактивные микроаденомы гипофиза.

Материалы и методы. Всего обследовано 20 подростков с ранее выставленным диагнозом депрессивный эпизод легкой и средний степени (согласно критериям МКБ-10). Исследование проводилось на базе КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1» в течение 2020 года. Критерии включения: возраст пациентов 15-17 лет (средний возраст 15±1,5); все подростки женского пола. Методы исследования: «рутинное» ЭЭГ (проводилось до начала медикаментозной терапии), обзорное МРТ обследование головного мозга.

Результаты исследования. По результатам ЭЭГ-обследования у 7 (35%) подростков выявлено: альфа-активность в виде ритма высокого индекса, бета-активность с увеличением амплитуды, с максимальной выраженностью в лобно-центральных отведениях. У 13 (65%) наблюдаемых ЭЭГ без изменений. По окончанию медикаментозного лечения и улучшению состояния было проведено ЭЭГ обследование, по результатам которого ранее выявленных изменений не выявлялось. По данным МРТ-обследования выявляется: у 2 (10%) наблюдаемых выявлены арахноидальные ликворные кисты, у 2 (10%) киста шишковидной железы, у 2 (10%) микроаденома гипофиза гормонально-неактивная. У 14 (70%) пациентов изменений по результатам МРТ-обследования не выявлено.

В ходе дальнейшего наблюдения в течение 3-х месяцев у пациентов без наличия изменений по данным МРТ на фоне медикаментозного лечения состояние улучшилось. У 2 (10%) пациентов с наличием изменений (микроаденома гипофиза, гормонально-неактивная) по результатам МРТ-обследования отмечалось более затяжное течение депрессии, наблюдаемые хуже реагировали на прием антидепрессантов (увеличивалась частота побочных действий, отсутствовал эффект от приема препаратов).

Выводы. В результате данного исследования выявлено, что у части пациентов с депрессией могут выявляться изменения на ЭЭГ в виде усиления альфа и бета-активности с увеличением амплитуды. Выявленные изменения по данным ЭЭГ-обследования могут использоваться как дополнительный метод в диагностике и оценке эффективности лечения депрессии. Однако не у всех пациентов наблюдаются изменения по результатам ЭЭГ обследования. Изменения на МРТ не являются характерными для депрессивных расстройств, однако у пациентов с выявленными изменениями в ряде случаев течение

депрессии имеет более тяжелый характер. Важно в диагностике и лечении депрессии учитывать данные всех проведенных методов исследования. ЭЭГ обследование также можно использовать для оценки эффективности лечения депрессии при проведении данного метода до начала лечения и по окончанию курса терапии. Относительно МРТ возможно проведение исследований в дальнейшем с целью выявления закономерностей, особенностей выявленных изменений, что так же может сыграть важную роль в диагностике депрессии.

ПРЕДИКТОРЫ ДЕПРЕССИИ У ПОДРОСТКОВ ЖЕНСКОГО ПОЛА В ПРАКТИКЕ ПОДРОСТКОВОГО ВРАЧА-ПСИХИАТРА

Шапошникова Ю.В., Косогова А.И.

КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1»

Красноярск

Проблемы депрессивных расстройств, манифестирующих в подростковом возрасте актуальны в настоящее время, что определяется, прежде всего, широкой распространенностью этих расстройств, трудностью распознавания данной патологии на ранних стадиях заболевания и высоким суицидальным риском. Средний возраст больных к началу депрессии - 14 лет. Около 10-20 % подростков могут испытывать серьёзные депрессивные расстройства, однако нередко они остаются нераспознанными. По мнению некоторых авторов возникают серьёзные сомнения относительно возможности развития депрессии в раннем подростковом возрасте. Данные убеждения основаны на том, что все обычные подростки испытывают резкие перепады настроения и самочувствия, но это не всегда признаки психопатологии. Такие проявления как выраженные перепады настроения, социальная отстранённость, когнитивные искажения и конфликты с ровесниками и

семьёй отнюдь не обязательны и типичны для подростков, а скорее указывают на психическое нездоровье. По данным эпидемиологической работы, в которой было исследовано 2 303 детей в препубертатном возрасте (10-11 лет) и несколькими годами позже тех же подростков после 13 лет, выявлено, что у 13 % из них обнаруживалось подавленное настроение, а 9 % были «озабочены депрессивными темами». В последующем, в 14-15 лет, уже 40 % признались в депрессивных переживаниях, 20 % выразили идеи самоуничижения, а 7-8 % - суицидальные мысли. С возрастом (от детского к подростковому) склонность к развитию депрессии увеличивается. Многими другими исследователями отмечаются подобные тенденции к увеличению числа депрессивных состояний с возрастом и резкий скачёк показателей распространённости депрессивных расстройств после периода полового созревания. Диагностическая трудность обусловлена недостаточной синдромологической очерченностью депрессивных состояний в этом возрастном периоде. Также стёртая аффективная симптоматика может скрываться под «маской» пубертатных проявлений. По наблюдениям Э. Крепелина аффективные расстройства вначале могут быть невыраженными, проявляясь в виде лёгких малозаметных колебаний настроения, продолжающихся в течение нескольких лет до тех пор, пока не сформируется развёрнутый депрессивный синдром. В последние годы депрессия выявляется в более раннем возрасте, что может быть связано с воздействиями неблагоприятных бредовых факторов (неблагоприятные социально-бытовые условия, нагрузки в школе, пубертатный возраст, напряженная обстановка в семье).

Материалы и методы. Всего обследовано 50 подростков с ранее выставленным диагнозом депрессивный эпизод (согласно критериям МКБ-10). Исследование проводилось на базе КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1» в течение 2020 года.

Критерии включения: 1. Возраст пациентов 15-17 лет (средний возраст 15±0,5). 2. Все подростки женского пола. 3. Методы исследования: HADS (Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale), методика Дерогатис, MMPI (личностный опросник), ТЛА (тест личностных акцентуаций), проективные методики (МЦВ (метод цветовых выборов, рисуночные) 4. Изучение анамнестических данных; 5. Воздействие средовых факторов и успешность в школьной ситуации.

Результаты и их обсуждение. В ходе обследования у 25(50%) подростков по данным шкалы HADS выявляется умеренный уровень тревоги и депрессии; у 25(50%) высокий уровень тревоги и депрессии. По методике Дерогатис высокий уровень депрессии у 15 (30%) наблюдаемых. Умеренный уровень депрессии наблюдается у 35 (70%) пациентов. По личностным методикам у 50 (100%) выявлено наличие личностных акцентуаций. В структуре акцентуаций преобладает в основном смешанный тип, в состав которого чаще всего входит: шизоидный, истероидный, эпилептоидный, сенситивный, психастенический. По данным анамнеза у 25 (50%) подростков выявлялось наличие психотравмирующей ситуации (из них у 10 (20%) конфликты со сверстниками, травля со стороны одноклассников, неуспешность в школьной ситуации.) У 10 (20%) наблюдаемых с раннего возраста проявлялись трудности с адаптационными способностями, длительно приспосабливались к условиям детского сада, школы. Постепенно нарастали трудности с обучением. Имели мало друзей либо вообще сторонились общения со сверстниками. У 10 (20%) подростков наблюдалось подавленное настроение, чувство усталости, которое связывали с нагрузками в школе. У 5-х (10%) отмечались нарушения сна, снижения аппетита, повышенная тревога. У 5 (10%) социально-бытовые условия расценивались как неблагоприятные (плохие условия

проживания). У 15 (30%) подростков отмечались тяжелые отношения с родителями, завышенные требования, отсутствие поддержки со стороны семьи. У 10 (20%) подростков по данным анамнеза выявлялись нарушения поведения, такие как уходы из школы, отказ от выполнения обычной повседневной деятельности, конфликты со сверстниками и родителями. У 5 (10%) подростков склонность к употреблению алкогольных напитков, общению с асоциальными компаниями.

Выводы. Выявление депрессивных состояний у подростков составляет важную проблему, так как в дальнейшем наличие данных расстройств увеличивает риск тяжёлых социальных последствий, к числу которых относятся суициды, насилие, наркомания и поведенческие девиации. К трудностям своевременной диагностики относится недостаточно четкая синдромологическая очерченность депрессивных состояний в этом возрастном периоде. В связи с особенностями социально-бытовых, материальных условий, воздействием средовых факторов и стереотипностью отношения к данной проблеме возникают сложности дифференциации клинических проявлений пубертатной депрессии и свойственной подросткам эмоциональной лабильности, а также своевременное выявление фиксации признаков риска последующего развития аффективного заболевания. Для подростковых депрессий характерны клинический полиморфизм и атипия данных состояний. В преморбидном периоде для подростков с депрессией характерно наличие акцентуаций преимущественно шизоидного, истероидного, эпилептоидного и психастенического типов. Зачастую нарушения поведения, склонность к делинквентности в подростковом возрасте расцениваются, как проявления невоспитанности, плохого характера и не воспринимается должным образом. В большинстве случаев у подростков с депрессией прослеживается наличие особенностей еще до явных проявлений депрессии и постановки

диагноза, которые схожи с особенностями проявлениями пубертатного периода. При правильном трактовании и своевременном выявлении предпосылок к развитию аффективных расстройств возможна организация профилактики и помощи, нацеленные на предупреждение ухудшения психического состояния.

ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ, С СУИЦИДАЛЬНЫМИ НАМЕРЕНИЯМИ

Шова Н.И., Михайлов В.А., Попов Ю.В.

Национальный медицинский исследовательский центр

психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева

Санкт-Петербург

Введение. Больные эпилепсией ежедневно сталкиваются с проблемами, выходящими за рамки прямых последствий приступов. В множестве исследованиях показано что критерием эффективности терапии эпилепсии является урежение частоты припадков. Однако подсчет припадков неадекватно отражает другие важные показатели, и все чаще характеристика эффективности лечения эпилепсии включает качество жизни (КЖ) и эмоциональное здоровье

Цель исследования. Оценить уровень качества жизни больных эпилепсией с суицидальными мыслями.

Материалы и методы. Было обследовано 112 больных (54 мужчины и 58 женщин) с установленным диагнозом эпилепсия, возраст респондентов 33,21±12,25 лет. Набор пациентов производился методом сплошной выборки (в общей когорте пациентов наблюдались больные с актуальными суицидальными мыслями) для обеспечения репрезентативности и однородности материала. Пациенты были разделены на две группы. В первую группу вошли пациенты с

суицидальными мыслями (41 человек, средний возраст респондентов – 32,20 ± 11,31, из них 15 мужчин (36,59%) в возрасте 29,33 ± 9,18 и 26 женщин (63,41%) в возрасте 33,85 ±12,23); во вторую группу – пациенты без суицидальных идеаций (71 человек, в возрасте 33,79 ± 12,80, из них 39 мужчин (54,93%) в возрасте 32,26 ± 12,51 и 32 женщины (45,07%) в возрасте 35,66 ± 13,10, возраст дебюта варьирует от 1 года до 55 лет; длительность заболевания 14,63 ± 11,90). Использовались следующие шкалы и опросники: Опросник суицидального риска Шмелева А.Г. в модификации Разуваевой Т.Н. (Шмелев А.Г., 1992; Гуренкова Т.Н., 2009); QOLIE-31 (Quality of Life in Epilepsy Inventory-31, Cramer J.A., Perrine K., Devinsky O. et al., 1998).

Результаты и их обсуждение. Наиболее выраженными факторами суицидального риска в обеих группах являются «социальный пессимизм» (1 группа – 3,61±1,43 баллов, 2 группа – 3,46±1,59 баллов), «аффективность» (1 группа – 3,09±1,59 баллов, 2 группа – 2,64±1,50 баллов) и «несостоятельность» (1 группа – 2,75±1,24, 2 группа – 1,90±1,08). Кроме перечисленных факторов, стоит отметить, что важным для пациентов 1 группы является невозможность конструктивного планирования будущего (диагностический концепт «временная перспектива», 1 группа – 2,56±1,78 баллов, 2 группа – 1,35±1,43 баллов). Наименее выраженными факторами суицидального риска в обеих группах являются «слом культурных барьеров» (1 группа – 1,04±1,16 баллов, 2 группа – 0,91±0,63 баллов) и «максимализм» (1 группа – 1,02±1,01 баллов, 2 группа – 0,63±0,62 баллов). Между пациентами двух групп в результате сравнительного анализа с помощью U-Манна-Уитни были выявлены достоверно значимые различия по ряду субшкал: «уникальность» (1 группа – 1,97±1,49 баллов, 2 группа – 1,18±1,30 баллов), «несостоятельность» (1 группа – 2,75±1,24, 2 группа – 1,90±1,08), «максимализм» (1 группа – 1,02±1,01 баллов, 2 группа – 0,63±0,62 баллов),

«временная перспектива» (1 группа – 2,56±1,78 баллов, 2 группа – 1,35±1,43 баллов). Выраженность названных факторов выше в группе пациентов с суицидальным поведением (0,020≤p≤0,001). Анализ полученных данных показал, что средние значения по всем основным сферам качества жизни используемого опросника в обеих группах пациентов соответствуют среднему уровню, что может свидетельствовать о том, что качество жизни больных эпилепсией соответствует среднему уровню в двух группах. Несмотря на то, что все полученные значения обеих групп находятся на среднем уровне, в результате сравнительного анализа с помощью критерия U-Манна-Уитни нами были выявлены некоторые статистически значимые различия между показателями 1 и 2 групп (0.014≤p≤0.000). Так, пациенты, не имеющие суицидальных мыслей, показали более высокие значения по таким сферам качества жизни, как: «общее качество жизни» (1 группа – 50,05±21,64 баллов, 2 группа – 61,28±17,73 баллов) , «эмоциональное благополучие» (1 группа – 52,07±20,19 баллов, 2 группа – 65,83±15,75 баллов), «энергичность/усталость» (1 группа – 47,20±21,42 баллов, 2 группа – 61,90±19,45 баллов), «когнитивное функционирование» (1 группа – 48,86±19,50 баллов, 2 группа – 63,75±18,47 баллов), «социальное функционирование» (1 группа – 52,00±24,04 баллов, 2 группа – 63,73±20,50 баллов), а также значение общего балла по данной шкале (1 группа – 50,54±16,67 баллов, 2 группа – 62,85±13,14 баллов).

Выводы. Было установлено, что такие клинические и психологические факторы, как наличие депрессивных переживаний, высокий уровень реактивной и личностной тревожности, аффективности, невротизации, психопатизации, снижение эмоциональной стабильности, ригидность эмоциональных реакций достоверно увеличивает склонность к суицидальным намерениям, ввиду

невозможности конструктивного планирования своего будущего, фиксации на неудачах и распространении его на все сферы жизнедеятельности больного. Формируется концепция отрицания окружающего мира и собственной личности, что, возможно, приводит к снижению уровня качества жизни у данных пациентов.

ФОРМИРОВАНИЕ БАЗОВЫХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ У СТУДЕНТОВ НА ЭТАПЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Яшихина А.А.

ФГБОУ ВО "Самарский государственный медицинский университет" Минздрава России

Самара

Формирование врача-психотерапевта требует длительного времени и определенных условий. Они включают в себя требования к освоению необходимых знаний, умений и навыков в рамках формирования профессиональных компетенций специалиста, а также требования к личности будущего врача-психотерапевта (Романов Д.В., Стрельник С.Н., 2015). Современные федеральные образовательные стандарты подготовки врачей различных специальностей не содержат в базовой части дисциплин, направленных на изучение психотерапии. В то же время такие авторы как Вачков И.В. и Верняева Т.А. (1998) считают, что в личности психотерапевта должны присутствовать качества, которые можно разделить на несколько групп:

1) собственно личностные качества – гибкость, терпимость, эмпатичность, восприимчивость, аутентичность поведения (способность предъявлять подлинные эмоции и переживания), доброжелательность, ответственность и др.,

2) когнитивные и интеллектуальные качества – высокий уровень интеллекта, открытость к отличным от собственных взглядов и суждений, наблюдательность и др.,

3) профессионально-важные качества (навыки) – фокус внимания (концентрация) на клиенте, внутреннее желание помочь клиенту, эмпатичность, способность создавать атмосферу эмоционального комфорта и поддержки, рефлексия, умение слушать, умелое владение невербальными средствами общения и др.,

4) качества и навыки способствующие самоанализу – позитивное самоотношение, адекватная самооценка, осознание собственных конфликтных областей, потребностей и мотивов и т.д.

Если первая и вторая группа качеств преимущественно формируется в школьном периоде и продолжают развиваться в студенческом периоде, то третья и четвертая группа качеств имеют непосредственное отношение к профессиональным навыкам и формируются целенаправленно. В связи с этим возникает необходимость создания обучающих программ, которые позволяют учитывать личностные качества и формировать профессионально-важные качества у студентов в процессе обучения.

Целью исследования явилось разработка и оценка эффективности обучающей практико-ориентированной программы для будущих психотерапевтов.

Практико-ориентированная программа «Психотерапевтическая Мастерская» разработана на базе Самарского государственного медицинского университета, в которой участвуют студенты старших курсов института клинической медицины и института педиатрии. Основу программы составляет самостоятельная работа обучающихся с использованием диалогической технологии совместного творческого обучения (Минияров В.М., 2014).

Перед обучением студенты проходят первый этап – этап отбора, который состоит из собеседования и тестирования. На данном этапе оцениваются собственно уровень мотивации и личностные качества студентов, которые планируют обучатся в «Психотерапевтической мастерской». В тестировании используются «Пятифакторный личностный опросник» («Большая пятерка»), и «Опросник межличностных отношений (ОМО)». На данном этапе осуществляется отбор студентов и формируется группа (10-15 человек).

На втором этапе – этапе самостоятельной подготовки, осуществляется самостоятельная работа студентов под контролем преподавателя – координатора проекта в форме консультаций и творческих контактов (участник работает с литературными источниками, осуществляет выбор интересующей его темы и формы проведения занятия, проводит поиск и отбор источников информации, подвергает ее обработке и логическому осмыслению, определяет цели и задачи занятия, формирует отобранный материал в виде мини-лекции (при необходимости подготавливает презентацию) на выбранную тему, подбирает упражнения для практической части).

На третьем этапе проводится установочное занятие: ознакомление с целями и задачами проекта, особенностями образовательного процесса, регламентация и обсуждение принципов работы в группе (правило «здесь и теперь», «активного участия», «право на «отказ»», «безоценочное принятие», «персонификация высказываний», свободное посещение занятий), групповое обсуждение правил, введение дополнительных правил. На данном этапе также проводится знакомство участников, выбор старосты.

На четвертом этапе происходит утверждение тем занятий, расписания и индивидуальных планов работы над ними (осуществляется куратором проекта).

Пятый этап – поисковый по выбранной теме, осуществляется работа с литературными источниками, разрабатывается занятие: теоретическая+практическая часть (осуществляется студентами индивидуально).

Шестой этап – промежуточное представление выбранной темы и практических занятий на проверку куратору проекта. На данном этапе осуществляются индивидуальные консультации и творческие встречи.

Седьмой этап заключается в оформлении учебно-методических материалов: мини-лекция и практическое занятие.

Восьмой этап – этап реализации, который состоит из двух частей: индивидуальное выполнение - подготовка и проведение одного занятия, выступление в качестве ведущего (чтение мини-лекции, проведение практических игр), контроль над организацией и реализацией практического задания, коррекция выполнения, оценка результатов проделанной работы); групповое выполнение - участие в группах в качестве слушателя-ученика, где происходит формирование нового знания, и затем отрабатывается практический навык с последующей их коррекцией со стороны ведущего.

Девятый этап – этап подведения итогов и анализ выполненной работы – осуществляется в виде обсуждения и обратной связи.

Такой подход позволяет развивать уже имеющиеся личностные качества, а также формировать профессиональные качества и навыки психотерапевта (компетенции).

Биопсихосоциальный подход В.М. Бехтерева в современной психиатрии: вехи становления, перспективы развития:

тезисы всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 100-летнему юбилею Кировской областной клинической психиатрической больницы им. академика В.М. Бехтерева, 24 сентября 2021 года, Киров

Издательство ООО «ВЕСИ»
610000, г. Киров, ул. Московская, 52.
Тел./факс: (8332) 222-086. E-mail: ooovesy@yandex.ru

Подписано в печать 16.07.2021 г. Формат 60x84/16.
Печать цифровая. Бумага для офисной техники.
Гарнитура Cambria. Усл. п. л. 13,02.

Отпечатано в типографии КОГБУЗ «МИАЦ, ЦОЗМП»
610017, г. Киров, ул. Герцена, 49,
Тел. (8332) 38-90-19
E-mail: 641019_miac@mail.ru
Заказ № 1031. Тираж 250 экз.