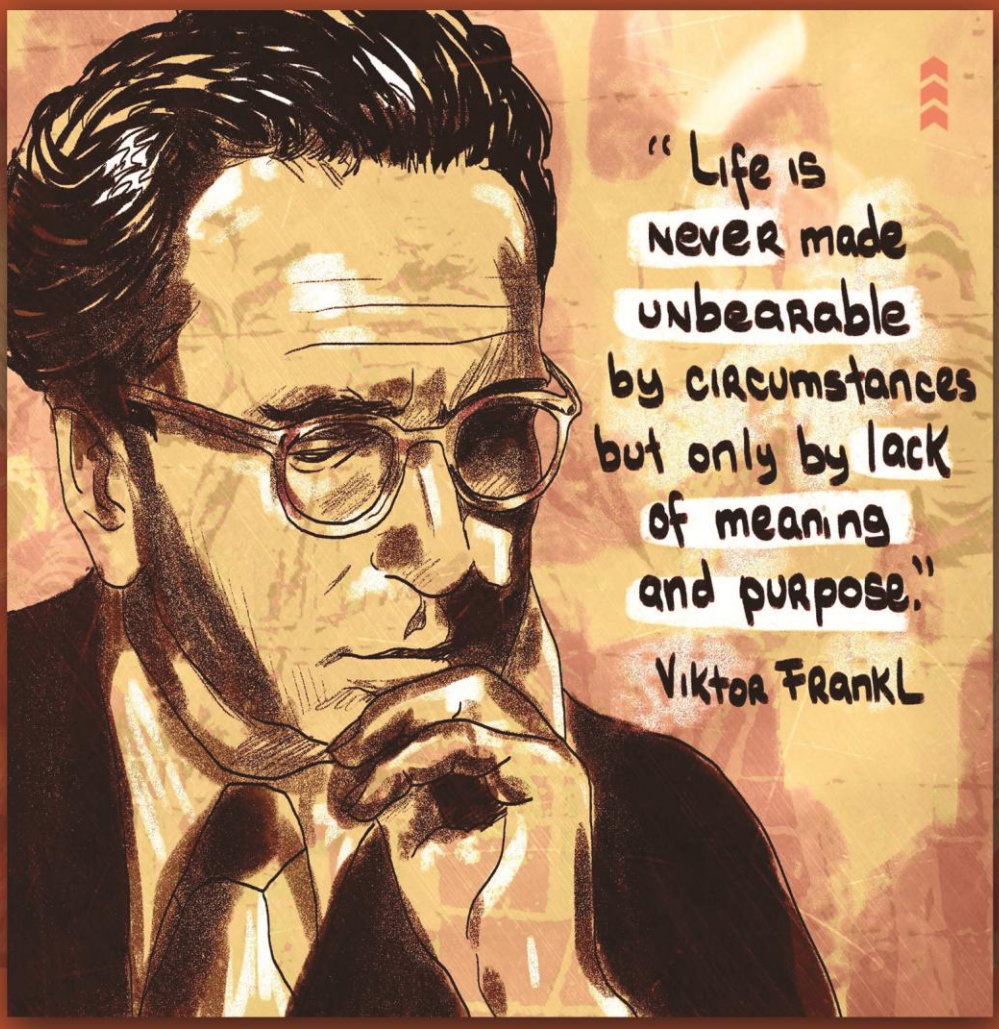
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Кемеровский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер»

Международная научно-практическая конференция

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ, НАРКОЛОГИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

к 115 - летию со дня рождения австрийского психиатра и психолога В.Э. Франкла



Кемерово, 2020

федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Кемеровский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Кузбасский клинический наркологический диспансер»

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Международной научно-практической конференции

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ, НАРКОЛОГИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

к 115 - летию со дня рождения австрийского психиатра и психолога В.Э. Франкла

КЕМЕРОВО
2020

УДК 616.89(082)
ББК 56.14я43
А 437

Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии: сборник материалов Международной научно-практической конференции, посвященной 115 - летию со дня рождения австрийского психиатра и психолога В.Э. Франкла (Кемерово,18 сентября 2020 г.) / отв. ред. А.М. Селедцов, А.А. Лопатин, Г.В. Акименко, Ю.Ю. Кирина. – Кемерово: КемГМУ, 2020. – 365 с.

Редакционная коллегия выпуска:
д.м.н., профессор Т.В. Попонникова. к.м.н., доцент Т.В. Пьянзова. д.м.н., доцент Д. Ю. Кувшинов. д.м.н., профессор А.А. Лопатин, д.м.н., профессор А.М. Селедцов, к.ист.н. Г.В. Акименко. к.м.н, доцент Ю.Ю. Кирина.

В сборник научных трудов вошли доклады ученых, практикующих врачей, клинических психологов, аспирантов и ординаторов по по актуальным проблемам психиатрии, наркологии, медицинской психологии, особенностях психических и поведенческих расстройств у различных возрастных и социальных групп населения в условиях пандемии COVID-19, представленные на дистанционной международной научно-практической конференции.

Материалы публикуются в авторской редакции.

ISBN: 978-5-8151-0246-0

© Кемеровский государственный медицинский университет, 2020
© Кузбасский клинический наркологический диспансер, 2020
© Коллектив авторов, 2020

СОДЕРЖАНИЕ

Дацковский И. Противоречивость религиозных взглядов Виктора Франкла 9

Абдуллаева В.К., Сафарбаев Б.Б. Психотерапия эмоциональных нарушений у пациентов кардиологического профиля 21

Абдуллаева В.К., Сафарбаев Б.Б. Исследование особенностей формирования суицидальных тенденций у подростков 27

Акименко Г.В., Начева Л.В. Дистанционное обучение студентов медицинского университета в условиях пандемии COVID-9 36

Аршинова Е. В., Янко Е. В. Личностные особенности клинических психологов, переживающих кризис профессионального становления в период обучения в вузе 48

Баринова Е.В., Вострых Д.В., Дементьева Г.С., Зорохович И.И. Диагностика и оценка динамики развития алкогольной зависимости у лиц «позднего» возраста 55

Вострых Д.В., Никитин П.И., Кирина Ю.Ю., Зорохович И.И., Лопатин А.А. Проведение профилактических медицинских осмотров в образовательных организациях Сибирского Федерального округа в 2018 - 2019 годах 58

Вострых Д.В., Дементьева Г.С., Лопатин А.А. Стрелковский М.Д. Сравнительный анализ наркологических расстройств, зарегистрированных в городе Кемерово в 2017 - 2019 годах 61

Гееб М.В., Иванец И.В. Психические расстройства догоспитального этапа у больных шизофренического спектра в условиях пандемии COVID-9 65

Говорова Г.М., Дарсалия О.В., Борисова В.А., Зорохович И.И. Опыт применения аудиовизуальной стимуляции в психотерапии панических расстройств 67

Гуревич Г.Л., Агибалова Т.В, Бузик О.Ж., Рычкова О.В. Мотивационное интервью при лечении пациентов алкогольной зависимостью с коморбидной эндогенной патологией 70

Дарсалия О.В., Лопатин А.А., Зорохович И.И., Говорова Г.М. Суппортивная групповая психотерапия как эффективный способ лечения панического расстройства 79

Дёмина М.В., Данильчук В.В., Степанова Л.В. Социально-психологическое сопровождение лиц с наркологическими 82

расстройствами на этапе медицинской реабилитации
Дубская Ю.В., Вострых Д.В., Лопатин А.А., Рычагов Ю.В. Опыт взаимодействия специалистов наркологической службы и первичного звена здравоохранения по профилактике наркологических расстройств среди населения Кузбасса 87
Дубчак Ю.В., Еремина С.М. Опыт применения амитриптилина с целью купирования обсессивно-компульсивного расстройства у пациентов с сочетанной зависимостью от психостимуляторов и других психоактивных веществ в отделении медицинской реабилитации наркологического диспансера 93
Евстратова О.В., Рубцова О.С., Лопатин А.А., Селедцов А.М. Опыт работы специалистов кузбасского клинического наркологического диспансера по снижению числа суицидов среди населения Кузбасса 97
Еремина С.М., Дубчак Ю.В., Лопатин А.А. Динамика показателей уровня адаптивности и осмысленности жизни наркозависимых на этапе реабилитации и в постреабилитационном периоде 104
Журавлева Т.В., Ениколопов С.Н. Прогностические факторы суицидального риска у лиц молодого возраста 109
Зарубина Н.Г., Богонис Е.В., Зорохович И.И., Люлина И.Л., Пичугина О.В., Селина Г.А. Особенности употребления психоактивных веществ в г. Кемерово в период эпидемиологического неблагополучия, обусловленного распространением новой коронавирусной инфекции 122
Землянская В.А., Колпакова Ю.В. Психологическая помощь в режиме дистанционного консультирования подросткам, находящимся в кризисном состоянии, и членам их семей 127
Зорохович И.И., Вострых Д.В., Дементьева Г.С., Лопатин А.А. Исполнение лицами возложенных судом обязанностей при привлечении к административной ответственности в связи с употреблением наркотических средств в Кемеровской области в 2019 году 132
Иноятов А.А. Особенности суицидальных тенденций у подростков при расстройствах приёма пищи 137
Келябидина О.А., Лизунова Н.В., Лопатин А.А. Особенности психотерапевтической помощи в наркологическом отделении №1 наркологическим пациентам с разным уровнем мотивации к лечению 141

Кирина Ю.Ю., Вострых Д.В., Зорохович И.И., Лопатин А.А. Обращаемость граждан для прохождения медицинского освидетельствования водителей (кандидатов в водители) в условиях ожидаемого изменения законодательства с учетом ограничений в период пандемии COVID-9 144

Кратовский А.Ю., Челышев П.Е., Вишневская Э.С. Психические и поведенческие расстройства, обусловленные употреблением препаратов бензодиазепинового ряда в условиях пандемии COVID-9, на территории г. Юрги 149

Кузнецова Н.В., Зорохович И.И., Лопатин А.А. Эпидемиологические аспекты распространения наркомании и ВИЧ-инфекции в Кемеровской области 153

Лопатин А.А., Вострых Д.В., Самсонова Г.М. Структура, основные результаты деятельности и проблемные вопросы наркологической службы Сибирского федерального округа за период 2017 - 2019 гг. 157

Никитин П.И., Лопатин А.А., Люлина И.Л., Зарубина Н.Г., Зорохович И.И., Кирина Ю.Ю. Медицинское освидетельствование на состояние опьянения как профилактика правонарушений, совершаемых наркологическими больными 163

Матвеева А.А. Исследование эмоционального интеллекта у больных параноидной шизофренией 167

Мелёхин А.И. Психологические предикторы, прогнозирующие степень выраженности синдрома раздраженного кишечника 171

Михайлова Т.М., Акименко Г.В. Смысл жизни как лекарство от пандемии: или зачем современному миру нужна логотерапия Виктора Франкла 177

Нобатова В.Н. Медицинская реабилитация как фактор, влияющий на формирование ремиссии у наркологических пациентов (обзор литературы) 184

Нурходжаев С.Н. Личностные особенности пациентов с терапевтически резистентными депрессиями 194

Петросян Т.Р., Агибалова Т.В., Антоненко А.П. Проблемы повышения приверженности к медицинской помощи у наркологических больных с ВИЧ-инфекцией 199

Пискарева О.И., Лопатин А.А., Рубцова О.С. Роль ранней профилактики в распространенности курения табака среди учащихся профессионального образовательного учреждения 208

Поплевченков К.П., Агибалова Т.В., Застрожин М.С., Бузик О.Ж. Персонализированный подход к терапии пациентов с зависимостью от психостимуляторов с учетом личностных и генетических факторов 213

Польская Н.А, Развваляева А.Ю. Личностные факторы следования профилактическим мерам в юношеском возрасте во время пандемии COVID-9 228

Райх В.В, Георгиевская О.В., Балакина О.Ю., Тверская Е.А. Оценка потребности в оказании специализированной медицинской помощи пациентам наркологического профиля в условиях пандемии COVID-9 238

Рачкаускас Г.С., Ромашова Т.И., Радионова С.И., Кондуфор О.В., Бобык О.А. Применение когнитивно-бихевиоральной терапии для коррекции нарушений сна у лиц с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами, в условиях пандемии COVID-9 243

Рачкаускас Г.С., Радионова С.И., Булкина Н.Э., Кондуфор О.В., Бобык О.А. Особенности формирования невротических расстройств у медицинских работников, оказывающих помощь COVID-инфицированным 248

Рупека А.В., Цветкова О.А., Волкова О.В. Исследование взаимосвязи состояния выученной беспомощности со спецификой формирования девиантного поведения как основа построения системы психологической профилактики аддикций 253

Рычагов Ю.В. Профилактика табакокурения в Сибирском федеральном округе 259

Самсонова Г.М. Лопатин А.А., Вострых Д.В., Зорохович И.И., Кирина Ю.Ю. Некоторые результаты мониторинга смертности среди пациентов с наркологическими расстройствами и статистическая информация о смертности населения, связанной с употреблением алкоголя, наркотиков и др. Пав, за 2018 – 6 месяцев 2020 года в Сибирском федеральном округе 263

Сиденкова А.П., Баранская Л.Т., Бабушкина Е.И., Прокопьев А.А., Мурзакаев А.А. Актуальные вопросы воспитательно-педагогической работы в медицинском ВУЗе в условиях пандемии 273

Селедцов А.М, Акименко Г.В., Кирина Ю.Ю. Проблемы психического здоровья условиях пандемии 277

Скипер А.А., Огарков А.Л. Особенности психических и поведенческих расстройств у различных возрастных и социальных 285

групп населения в условиях пандемии COVID-9

Солонский А.В., Потапов А.В., Шумилова С.Н. Морфометрические особенности сосудов микроциркуляторного русла головного мозга эмбрионов человека на разных сроках развития в условиях хронической пренатальной алкоголизации 291

Туктарова С.У., Юлдашев В. Л., Ахмерова И. Ю. Состояние спутанности сознания при новой коронавирусной инфекции COVID-9 (клиническое наблюдение) 295

Тучина О.Д., Агибалова Т.В., Бузик О.Ж., Панов А.С., Захарова А.А. Аутоагрессивное поведение у пациентов с синдромом зависимости от психоактивных веществ в контексте пандемии коронавирусной инфекции 311

Хилькевич С.О. Селфи: от управляемой самопрезентации до проблемного поведения 319

Цветкова О.А., Волкова О.В., Рупека А.В. Фрустрация базовых потребностей как фактор отклоняющегося поведения 325

Чернышев С.В. Массовое мероприятие как форма профилактики наркологических расстройств 331

Шарипова Ф.К., Сулейманов Ш.Р. Предикторы формирования интернет аддикции у подростков 337

Шевцова М.А., Лопатин А.А., Зорохович И.И., Кириченко Е.А. Опыт применения препарата Спитомин в лечении панических расстройств 343

Шейфер М.С., Камышанская А.И., Шнырева И.Н., Медведева Э.В., Назарцева М.А., Яшихина А.А. Организация психологического сопровождения детей и подростков амбулаторной психиатрической службы Самарского региона 347

Сведения об авторах 356

ПРОТИВОРЕЧИВОСТЬ РЕЛИГИОЗНЫХ ВЗГЛЯДОВ ВИКТОРА ФРАНКЛА

И. Дацковский
Кабинет клинической психологии и патопсихологии
Израиль, г. Бейт Шемеш

Аннотация. В данной статье рассмотрена противоречивость религиозных взглядов Виктора Франкла, которая существенным образом повлияла на разработку основ созданной им школы психотерапии, которую он назвал логотерапией. Произведена редукция религиозных взглядов В. Франкла на пять осей и проанализирована взаимосвязь осей между собой. Критически рассмотрена «индивидуальная» религиозность В. Франкла.

Ключевые слова: логотерапия, подсознательный Бог, сверхсмысл, конфессия, религиозность, интимная (стыдливая) религиозность.

CONTRADICTION OF RELIGIOUS VIEWS OF VICTOR FRANKL

Israel Datskovsky, Ph.D.
Clinical Psychology and Pathopsychology Cabinet,
Beit Shemesh. State of Israel

Abstract. This article examines the contradictory religious views of Viktor Frankl, which significantly influenced the development of the foundations of the school of psychotherapy he created, which he called logotherapy. The reduction of V. Frankl's religious views into five axes is carried out and the relationship of the axes to each other is analyzed. The «individual» religiosity of V. Frankl is critically examined.

Key words: logotherapy, subconscious God, super Meaning, confession, religiosity, and intimate (bashful) religiosity.

Введение. Виктор Эмиль Франкл (нем. Viktor Emil Frankl, 26 марта 1905 – 2 сентября 1997) – выдающийся профессор неврологии и психиатрии Венского университета, создавший свою исключительно оптимистическую и жизнеутверждающую школу психотерапии – логотерапию (от греческого слова «логос», одно из значений которого, использованное В. Франклом – «смысл»). Эта школа стала называться третьей венской школой психотерапии (после школ Зигмунда Фрейда и Альфреда Адлера – так случилось, что все три основные школы психотерапии зародились в одном городе – в Вене и оттуда прославились по всему миру).

Мы являемся горячими поклонниками этого подхода.

Но по мере изучения книг В. Франкла, у нас накопились и несогласия с некоторыми его взглядами, и именно одному из этих несогласий, нашему несогласию с заявляемой В. Франклом универсальностью его религиозных взглядов, с его мнением, что именно к такой «религиозности» движется прогрессивное человечество, посвящен настоящий текст. Мы видим важность анализа религиозных взглядов В. Франкла потому, что эти взгляды оказали решающее влияние на философскую и этическую картину его мира, на формирование и функционирование его «внутреннего интерпретатора» и самым прямым и глубоким образом повлияли на базовое понятие франкловской логотерапии – понятие смысла, которое с очень многих сторон обсуждается во всех книгах, статьях и лекциях В. Франкла.

В.Н. Дружинин пишет: «В чем-то труд экзистенциального психолога сродни работе философа: он тоже должен создать собственную модель реальности, собственный интерпретатор, опираясь на интуицию, логику и неформализуемый жизненный опыт … [и через его призму] попытаться … непредвзято посмотреть на ту часть реальности, которая называется индивидуальной жизнью … [Он должен использовать,] проявить тот внутренний интерпретатор, посредством которого психолог описывает, понимает и анализирует нерасчленимый и малодоступный научному пониманию ход человеческой жизни… Экзистенциальные психологи ищут «смысл жизни», ибо бессмысленно искать во внешнем мире то, что существует лишь внутри субъекта. Для поисков смысла жизни есть философия и религия» [Дружинин В.Н., 2010, глава «Экзистенциальная философия как предпосылка «психологии жизни»]. А так как тип и уровень религиозности человека самым непосредственным и глубоким, если не сказать, определяющим образом влияет на работу «внутреннего интерпретатора», то вопросы религиозности В. Франкла чрезвычайно важны для анализа основ разработанной им логотерапии.

Кроме этого, необходимо указать, что мы позволяем себе критику в его адрес с разрешения самого В. Франкла. А. Лэнгле пишет: «При всем почтении, которого он заслуживает, и при всем уважении к его человеческим и научным достижениям, из Франкла не следует делать икону, недоступную для критики. На вопрос о том, какие качества он ценит в людях больше всего, В. Франкл в своем интервью журналу Samstag (№ 40, 1.10.1988) года ответил: «Смелость для открытой критики в мой адрес»[Лэнгле А., 2011, С.101].

В целом, религиозные взгляды В. Франкла отличаются заметной непоследовательностью, одновременным наличием в его религиозных взглядах взаимоисключающих моментов и явной эклектичностью, компилятивностью

набора различных компонентов этих взглядов. В ряде мест своих книг, статей, лекций В. Франкл вообще рассматривает использование религии в логотерапии исключительно как техники психотерапии, пытаясь «объективно» отмежеваться от глубинных свойств личности как психотерапевта, так и его пациента.

Эпизоды довоенной биографии В. Франкла. Мы не будем повторять неоднократно описанную биографию создателя логотерапии, а рассмотрим только отдельные эпизоды и линии в довоенной (до Второй мировой войны) биографии В. Франкла, важные для понимания его религиозного состояния в зрелые годы.

Виктор Франкл родился в еврейской религиозной семье за 9 лет до начала Первой мировой войны. В этот период австрийское еврейство (вместе практически со всем западно - европейским еврейством, особенно живущим в центральной Европе в полосе географических широт Польши – Германии) проходило сложный и часто болезненный этап ослабления религиозного мироощущения и соблюдения национальных религиозных традиций, приведший после Первой мировой войны к практически полной секуляризации еврейского населения. В этом смысле евреи заметно обгоняли переход к состоянию пострелигиозности основного, в своей массе католического населения этих стран, которое стало более явным после Второй мировой войны. При этом европейские народы сохранили гораздо больше базовых основ католической ветви христианства в мыслях, в поведении и в традициях населения, чем это произошло в сильно поредевшей среде европейских евреев, прошедших через Катастрофу европейского еврейства, с учетом того, что существенная часть евреев, выживших в Катастрофе, покинула европейские страны, переехав в вновь образованное государство Израиль.

Так как процесс перехода семей к пострелигиозному состоянию занимает подчас большое время и связан с полосами серьезных жизненных трудностей, остатки соблюдения еврейских религиозных традиций в семье В. Франкла практически сошли на нет во время Первой мировой войны (а В. Франкл вместе с семьей в этот период потерял относительно устойчивый, не бедный уровень жизни и, даже случалось, голодал), в частности, под давлением голода, который привел к крайним трудностям соблюдения кашрута (законов приготовления пищи для евреев, включая особые предписания по подготовке продуктов для приготовления пищи).

Серьезного еврейского образования ни Виктор Франкл, ни его старший (на 3 года) брат Вальтер не получили. Можно считать, что и иврита (без которого еврейское образование в то время не было возможно) они толком не

знали. Сам В. Франкл пишет: «Меня и старшего брата отец принуждал в пятницу вечером читать молитву на древнееврейском [на этом, казалось бы, давно умершем языке мы сегодня говорим и пишем в Израиле.]» [В. Франкл, 2016, С.12] (вместо принятых трехразовых достаточно длинных ежедневных молитв на иврите). Можно предположить, что эта была лишь часть вечерней молитвы – три недлинных отрывка из Торы (Первые пять книг (Пятикнижие Моисеево) Ветхого завета Библии в христианской традиции) под общим названием «Внемли, Исраэль!» Прочесть без ошибок этот кусочек Виктору, по его признанию, удавалось не чаще одного – двух раз в год [В. Франкл, 2016, С.12], при том, что сегодня для пяти-шестилетних израильских детей в серьезно-религиозных семьях это не представляет никакой проблемы уже в детском саду. В. Франкл указывает, что отец [до Первой мировой войны] ел только кашерное и под угрозой наказания отказался нарушать один из важнейших праздников иудаизма – Судный день. При этом сам В. Франкл отмечает, что отцу «немногого … недоставало, чтобы сделаться … представителем того течения, которое чуть позднее в США получило название «реформисткий [он же – «прогрессивный»] иудаизм» [который серьезные религиозные люди в сегодняшнем Израиле вообще не относят к течению в иудаизме из-за практического несоблюдения традиционных законов иудаизма последователями этого течения]» [В. Франкл, 2016, С.14-15].

Поэтому неудивительно, что и так весьма слабая религиозность В. Франкла испарилась после Первой мировой войны А. Лэнгле пишет: «В этот переходный период, в возрасте 15 – 16 лет [1920 - 1921 годы] он отошел от унаследованного от родителей религиозного образа мысли … Его вера в бога отошла на задний план, а потом и вовсе исчезла» [Лэнгле А., 2011, С.39-40]. Это мнение основано на тексте самого В. Франкла: «Я прошел через разные этапы развития – в детстве был набожен, подростком пережил пору атеизма» [В. Франкл, 2016, С.71].

Но еврейская религиозность не могла полностью его оставить и один из важнейших поступков в своей жизни он совершил именно под влиянием еврейской религии. Иначе не объяснить эпизод, описанный самим В. Франклом [В. Франкл, 2015, С.54], в котором он принимает решение остаться в Вене с родителями в 1941 году (когда судьба родителей была ясно предопределена национал-социалистическим руководством Германии, поглотившей Австрию после аншлюса 1938 г.), а не выехать, уже получив спасительную визу, в США, выданную ему одному. Причем триггером решения послужил небольшой камень из синагоги с сохранившейся на нем всего лишь одной буквой еврейского алфавита, но за которой скрывалась одна из главнейших основ

еврейской морали. Это был осколок мраморной доски из синагоги с изложением десяти заповедей и с сохранившейся еврейской буквой «каф», с которой начиналась только пятая заповедь «чти отца своего и мать свою». Но, с другой стороны, там же по тексту, но гораздо позже по времени (книга [В. Франкл, 2015] была написана в 1966 году) сам В. Франкл уже пытается редуцировать происшедшее в духе психотерапии З. Фрейда, чтобы уйти от реализованного им высокого еврейского смысла, хотя в понятиях материального мира его поведение было бессмысленным – всю семью быстро после этого отправили в концлагерь, где отец умер реально от голода (формально – от терминального отека легких), мать В. Франкла вскоре была отправлена в Освенцим, где сразу погибла в газовой камере, а сам В. Франкл был этим поступком обречен провести три бесконечно долгих года в фашистских концлагерях практически без шансов выжить. Там он потерял свою первую жену Тилли Гроссер, умершую в апреле 1945 г. в лагере Берген-Бельзен уже после освобождения лагеря. Но он чудом выжил и донес до нас свое духовное богатство.

Поэтому последующая религиозность В. Франкла поднималась, монтировалась им самим из бледных воспоминаний детства, из пережитого и продуманного им и из его состояния атеизма, в котором он пребывал к началу Второй мировой войны.

Религиозные взгляды В. Франкла.Рассмотрим религиозные взгляды зрелого В. Франкла. «Для меня не подлежит сомнению, что Франкл был очень религиозным и верующим человеком. … В глубине души взгляд его устремлен только на бога, и он с величайшей для себя интимностью предается богу. …» [Лэнгле А., 2011 С.149]. При этом «Он [сам В. Франкл] обращает внимание на то, что его высказывания на тему веры противоречивы» [Лэнгле А., 2011 С.146].

Изучая работы В. Франкла и книги, написанные о нем самом, в его религиозном мышлении можно выделить несколько осей (которые мы не располагаем ни в хронологическом порядке их возникновения, ни в стадиях их развития и изменения в мышлении В. Франкла). Естественно, разделяя религиозное мышление В. Франкла на различные искусственно выделенные оси (человеческое мышление является комплексным и не очень охотно поддается редукции), мы часто обнаруживаем, что мысли, расположенные нами в пределах одной оси, часто могут быть отнесены и к другой оси, особенно учитываю трудность разделения цитат, разные части которых следовало бы отнести к разным осям религиозного мышления В. Франкла:

Ось А. Подсознательный бог – аффилирован, ассоциируется, является связанным с понятием с совести, можно сказать, что просто с ней отождествляется (мы в данном исследовании полностью опускаем философско – психотерапевтические рассуждения В. Франкла на тему «Бог – образ отца» или рассуждения об аналогиях Бога с любовью как относящиеся к чисто светскому восприятию мира).

Книга В. Франкла «Подсознательный бог» (*нем.:* Der Unbewufite Gott) впервые была издана в 1948 г. По мнению В. Франкла, «когда речь идет о подсознательной религиозности, то здесь вовсе не подразумевается, что бог в себе и для себя не осознан. Он лишь скрыт от нас самих. Этот подсознательный бог и религиозность не имеют ничего общего с институтом церкви и конфессиональностью. По мнению автора, каждый человек по-своему религиозен. Эта глубоко персонализированная религиозность по сути и есть совесть, осознание ответственности за свое существование».

Элизабет Лукас приводит цитату В. Франкла из его книги «Бессознательный Бог»: «Формула «неосознанный [подсознательный, бессознательный] Бог подразумевает, что иногда Бог не осознается нами, что наша связь с Ним может быть бессознательной, то есть вытесненной и поэтому скрытой от нас самих» [Лукас Э. 2019, параграф «О неосознанной религиозности, или Небо поверх руин»]. И снова взгляды нерелигиозного человека оказываются В. Франклу гораздо более понятными, чем совершенно противоположные взгляды религиозгого человека.

Ось Б. Сверхсмысл, воздаяние за пределами жизни без определения за что полагается воздаяние (дела, мысли, желания, вожделения, убеждения,), кто его «выплачивает», бывает ли воздаяние только положительным (награда) или может быть также отрицательным (наказание), как рассчитывается сумма воздаяний. Например, в книге [В. Франкль, 2019, глава «Логотерапия и религия»] он, явно соглашаясь, приводит цитату Вальтера Байера, который, в свою очередь, цитирует Герберта Плюгге: «… человек просто не может существовать без надежды на грядущее воздаяние, в которое он верит не под влиянием церковных догматов, а в силу своей естественной склонности». То есть, мысль о существовании грядущего спасения или грядущего воздаяния совсем не чужда В. Франклу.

«Одним из … сугубо человеческих свойств является самотрансцендентность, устремлённость к высшему смыслу. Дело в том, что человек по сути своей всегда тяготеет к чему-то запредельному, всегда устремлён к какому-то смыслу. … Хотим мы того или нет, мы все от колыбели

до могилы сознательно или безотчётно верим в то, что жизнь имеет смысл» [Франкл В., 2019, глава «Логотерапия и религия»].

Без понятия сверхсмысла также трудно понять многократно повторяемую В. Франклом в разных книгах, статьях, лекциях мысль о возможности возвыситься в страдании. Если состояние пациента терминальное или близкое к терминальному, то, спрашивается, зачем возвышаться над самим собой, если скоро конец? И только при наличии мысли о посмертном воздаянии даже некоторое возвышение над самим собой в последний период жизни начинает иметь громадный смысл.

Ось В. Обращение к чисто религиозным (конфессиональным) понятиям. Например, В. Франкл признает, что человек осознает себя именно человеческой, возвышенной над остальным миром сущностью исключительно через признание себя Творением. Он пишет: «… до тех пор, пока человек считает себя творением, он рассматривает свое существование по образу и подобию Бога, своего творца, но как только он начинает считать себя творцом, то начинает рассматривать свое существование просто по образу собственного творения, т. е. машины» [Франкл В., 2015, С.19] (орфография перевода сохранена – И.Д.). Он верно понимает скрытость механизма действия небес в нашем мире: «Я, например, убежден, что если небеса и внимают молитве, то они прячут это за естественным ходом событий» [Франкл В., 2015, С.31].

Ось Г. Неприятие официальных (конфессиональных) религий при более, чем смутном, весьма примитивном представлении Франкла о внутреннем строении и содержании этих религий. Во всяком случае, то, что он им приписывает, чаще всего является или очень частичным, или просто неверным. В очерке «Экзистенциальная динамика и невротическое бегство» из книги [Франкл В., Психотерапия и экзистенциализм, дата обращения 11 мая 2018] он крайне примитивизирует роль религии: «Целью психотерапии, психиатрии и в целом медицины является здоровье. Целью религии, как бы то ни было, является нечто существенно отличное: спасение. Это слишком много для различия в целях» (эта цитата встречается еще в ряде произведений В. Франкла). К сожалению, из своего позднего понимания религии В. Франкл почерпнул лишь такое упрощение, практически исключающее активное участие человека в жизни из-за опасностей неверных или ошибочных действий в этой активности и ориентирующее человека на безошибочную пассивность с единственной целью – спастись в посмертном мире. Но эту мысль он проводит непоследовательно, так как с одной стороны этот религиозный подход о будущем мире он старается не разделять, но, с другой стороны, в обсуждении

сверхсмысла не может обойтись без мысли о посмертном воздаянии (см. выше, в оси **В)**).

Еще пример. В. Франкл пишет: «Религию, согласно ее исходной направленности, мало волнуют и заботят такие вещи, как выздоровление или предупреждение болезней…» [Франкл В., 1990. С. 334]. Этот взгляд является полной противоположностью тому, чем, кроме прочего, занимается конфессиональная религия – требование лечения у врачей (естественно, не у священников), ведение здорового образа жизни для сохранения сил и здоровья до глубокой старости является прямым явно заявляемом интересом конфессиональной религии.

Ось Д. Интимность истинной религиозности, создание в сознании В. Франкла индивидуального бога.

В результате явного противоречия между осями **А), Б)** и **В)** с одной стороны и осью **Г)** с другой стороны для В. Франкла стало неизбежным создание в своем мышлении индивидуального бога, оси **Д)** для интимного разговора с ним, для индивидуальной интимной молитвы.

С одной стороны, «Вера, в понимании Франкла, жива своим непосредственным отношением к богу и существует **исключительно** в акте веры, в молитве, иначе пребывает в скрытом состоянии. … Говорить, обращаясь к богу, можно только через молитву» [Лэнгле А., 2011 С.148, здесь и далее – подчеркивания – наши – И.Д.]. Это заведомо сокращает сферу божественного в человеке, так как истинная религиозность, стояние перед богом, жизнь в соответствии с требованиями бога обязательно выражается в поведении человека «в миру», в его этических нормах, в морали, в жизненных ценностях и установках, проявляемых в самых разных словах и поступках. При этом В. Франкл совершенно определенно признает существование бога, к которому единственно обращается молитва.

С другой стороны, сам В. Франкл отнюдь не ограничивал свое «чувство бога» только в нечастой молитве (о молитвах В. Франкла нам вообще ничего неизвестно, так как он считал это проявление веры исключительно интимным, не раскрываемом наружу). «В сущности, он был вдохновлен искренней любовью к богу и ощущал свою жизнь как глубочайшую обязанность быть орудием и посредником этой божественной вести» [Лэнгле А., 2011 С.150]. Эта оценка далеко выходит за границы исключительно молитвы как проявления религиозности. Она именно описывает все проявления жизни через призму религиозности, служения богу тем, что человек является орудием бога на земле.

«Религиозность просвечивает в том, что человек делает, и тем не менее она стыдливо остается **в непрерывном** [!!] интимном акте связи человека с

богом» [Лэнгле А., 2011 С.150]. Конечно, непрерывность можно понимать и как действительно неразрывный во времени процесс (еврей всегда стоит перед Всевышним, даже когда он лежит с женщиной), и в непрерывной периодичности молитвы.

Индивидуальная религиозность В. Франкла. Итак, мы показали, что Виктор Франкл намного более религиозен в общепринятом смысле, чем хочет казаться читателю и самому себе в своей придуманной им самим индивидуальной, интимной религиозности, и на самом деле в связи с этим он в неявном виде, пытаясь скрыть это от самого себя, рассматривает понятие смысла во многом через религиозное восприятие человеком себя в мире (вводя для этой цели понятие бессознательной (подсознательной, неосознанной) религиозности. Религиозность В. Франкла «… можно назвать стыдливой религиозностью. Ведь сегодняшний интеллектуал, воспитанный в традициях натурализма, натуралистического образа мира и человека, склонен стыдиться своих религиозных чувств» – так пишет сам Виктор Франкл в конце первой части книги [Франкл В., 1990].

Заметим, что истинно религиозный человек постоянно находится в диалоге (а не в монологе!) с Богом, и Бог в этом диалоге отнюдь не молчит – события мира по отношению к человеку – это и есть слова Бога, обращенные к этому человеку лично, к народу, к человечеству. Ведь призывать вечно Молчащего, разговаривать с Неотвечающим – действия, которые трудно отнести к наполненным смыслом.

«Индивидуальная религия», не опирающаяся на ту или иную хорошо и подробно разработанную традиционную религиозную систему, подразумевает, что такой «верующий» должен творить себе бога, создавать без всякой предварительной базы в силу своего образования и жизненного опыта из своего ума образ бога, его возможности, правила молитвы ему, его требования к человеку во всех или в части аспектов его поведения, его действий, его отношения с другими людьми, фактически – индивидуальное, выдуманное самим человеком этическое учение. Такое учение, во-первых, неизбежно будет компилятивным, эклектическим, во-вторых, его индивидуальность столь же неизбежно проявится в том, что «религии» каждого такого «религиозного» человека будут совершенно различными, и, в-третьих, такая религиозно-этическая система, при признании права каждого «сотворить себе [своего] кумира», будет всегда примитивно разработанной, тупиковой, непередаваемой другим людям, как детям, ученикам, так и вообще любой группе людей. А так как взгляды людей меняются в течение жизни и в разное время под воздействием меняющихся обстоятельств взгляды человека очень переменчивы

и зависят от момента и ситуации, то эта «религия» будет самим человеком еще и приспосабливаться к его, человека, взглядам и настроению в определенный момент времени.

Необходимо добавить еще один важный аспект такой «религии»: общеизвестно, что человек способен оправдать любое свое поведение и человек никогда не оказывается злодеем в собственных глазах. Царь Соломон в «Притчах» (21:2) пишет: «Всякий путь человека прям в глазах его [в его собственных глазах]». А это означает, что такой индивидуальный «бог» всегда будет всепрощающим по отношению к придумавшему его человеку, и этическая система такого «бога» всегда и неизбежно будет слепком этических, меняющихся в течение жизни воззрений самого человека. То есть, реально человек в такой системе молится самому себе (если его «индивидуальная религия» вообще подразумевает молитву, обращение к своему «богу»). Такая «религия» даже на примитивное идолопоклонство не тянет. Но и даже такой примитив может создать в своем уме человек достаточно развитый, мыслящий, чувствующий внутреннюю потребность обратиться к кому-то или чему-то высшему, кто может выслушать, понять, простить. Как это часто бывает, в представлении концентрированного представления смысла нам на помощь приходит поэзия (подчеркивания – наши. И.Д.):

«**Мне нужно на кого-нибудь молиться.**
Подумайте, простому муравью
вдруг захотелось в ноженьки валиться,
поверить в очарованность свою!
……
и муравей **создал себе** богиню
по образу и духу своему».
Булат Шалвович Окуджава, «Песня о московском муравье»

Но даже на такой духовный подъем всегда способны лишь весьма немногие, огромное большинство любого народа даже такой примитив себе не придумает.

То есть, на самом деле, «индивидуальная религия» является ничем иным, как выдумкой рефлексирующих интеллигентов, которые плохо знают (или совсем не знают) религию своего народа или религию народа, в среде которого они живут, не говоря уже о других великих религиозных системах. В случае В. Франкла можно сказать, что он имел весьма туманные представления, как об иудаизме (религии своего народа), так и о католической ветви христианства (религии народа, в среде которого он жил практически всю свою жизнь). Рассказывая о своем интервью журналу «Тайм» В. Франкл указал, что, по его

мнению, современное «общество отпадает не от самой веры, а от религиозных конфессий, представители которых только и делают, что стараются переманить друг у друга паству [явная аллюзия на христианское миссионерство при полном пренебрежении (от незнания) тяжелыми и малопреодолимыми законами принятия иудаизма, который не только чужд любой форме миссионерства, но наоборот, требует отговаривать кандидата в неофиты от принятия столь сложной и требовательной религии]… Мы движемся не к универсальной, а, напротив, к индивидуальной, глубоко личной религиозности, благодаря которой каждый человек сможет обращаться к [своему, им самим придуманному] Богу на своем особом, сокровенном языке» [В. Франкл, 2019, глава «Логотерапия и религия»]. Очевидно, В. Франкл не вполне осознавал, что создание хоть сколько-нибудь индивидуально оформленной индивидуальной религии в индивидуальном же сознании относится к наиболее высшим психическим функциям творчества и по своей сложности и востребованности только наиболее развитой частью общества, относится к наиболее верхнему уровню пирамиды потребностей Абрахама Маслоу, а потому доступно и востребовано только считанному проценту наиболее интеллектуально-развитой части населения (верхних уровней пирамиды А. Маслоу достигают, по оптимистичным подсчетам, всего 1 – 2% населения). Огромное, подавляющее большинство населения просто неспособно ни на созидание индивидуальной религии, ни на сколь-нибудь осознанное молитвенное обращение к таким образом созданному богу. И для этого большинства наиболее полной формой религиозности является осознанное и явное нахождение внутри конфессии той или иной религии, причем, наиболее естественно, что это будет религия своего народа.

Заключение. Из рассмотрения религиозных взглядов В. Франкла можно сделать вывод об уживании в его весьма искреннем, но непоследовательном, противоречивом, амбивалентном, эклектическом им самим придуманном для себя религиозном состоянии фрагментов разных религиозных традиций и собственных домыслов в отрывочном, крайне неполном, искаженном и плохо связанном в единую систему виде. Эта система не содержит достаточно полного построения этики, без чего религиозная система взглядов реально не существует, в ней нет последовательной поведенческой традиции. В целом В. Франкл выделяет три уровня религиозности (веры): бессознательную (неосознаваемую человеком) религиозность, индивидуальную религиозность (которую В. Франкл ставит на высшую ступень религиозности) и имеющиеся общеизвестные религии (религиозные конфессии).

Индивидуальная религиозность не может быть в сколько-нибудь целостном виде никому переданной – это всегда идеологический тупик одного-единственного человека. Создавать самому себе такую индивидуальную религиозную систему взглядов, даже при всей ее бессмысленности – удел весьма немногих покинувших традиционные религиозные взгляды той или иной конфессии или с детства воспитанных во взглядах атеизма, понявших их несостоятельность, но не сумевших примкнуть к той или иной традиционной конфессии, но уже в зрелом возрасте пришедших к мысли о присутствии в мире сверхсмысла, высшего разума или бога под тем или иным названием и определением.

Но цель данной работы – отнюдь не критика религиозных взглядов В. Франкла. Эти взгляды – лично его взгляды, они дальше никому не передавались и принципиально не могут быть переданы. Но они, как и базовые, глубинные взгляды любого человека, сильно повлияли на главное творение его жизни – логотерапию. Для нас важно, что такие компилятивные религиозные взгляды не дали В. Франклу, создавшему без преувеличения великую систему психотерапии, увидеть некоторую неполноту созданной им блестящей системы, некоторую путаницу даже в базовых «столпах» логотерапии.

Поэтому цель и смысл данного текста (да, знаменитый смысл, вокруг понятия которого построена вся логотерапия!) - являться базой для разбора трех оснований логотерапии (свобода воли, стремление к смыслу, смысл жизни) и предложений о замене их на три несколько другие три столпа: свобода выбора, смысл жизни (включающий в себя и стремление смысла, и поиск смысла, и его реализацию) и цель жизни.

Литература / References

1. Дружинин, В.Н. Варианты жизни. Очерки экзистенциальной психологии. - СПб.: «Питер», 2010. - 156 с.
2. Лэнгле, А. Виктор Франкл. Портрет.- М.: Российская политическая энциклопедия (РОССПЭН): Институт экзистенциально-аналитической психологии и психотерапии, 2011. - 247 с.
3. Лукас, Э. Франкл и Бог. Откровения психотерапевта о религии и Боге.- Изд-во «Никея», 2019.- 72 с.

ПСИХОТЕРАПИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

В.К. Абдуллаева, Б.Б. Сафарбаев
Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкентская медицинская академия, Ургенчский филиал,
Республика Узбекистан, г. Ташкент

Аннотация. Обследовано 60 пациентов в возрасте 18–65 лет с сердечно-сосудистой патологией, поступивших на лечение в отделения Хорезмского филиала Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Кардиологии. Распределение по клиническим группам с учетом кардиологического диагноза было следующим: испытуемых с ГБ – 40 %, испытуемых с ИБС – 45 %, испытуемых с ПС – 15%. Поддержка самостоятельности и инициативы больного с помощью, арт-терапии, аутотренинга, групповой динамической психотерапии и личностно-ориентированной психотерапии имела место на заключительном этапе инновационного интегративного психотерапевтического метода.

Ключевые слова: эмоциональные расстройства, психотерапия, сердечно-сосудистые заболевания

PSYCHOTHERAPY OF EMOTIONAL DISORDERS IN THE PATIENTS WITH A CARDIAC PROFILE

TashkentpPediatric Medical Institute
Tashkent Medical Academy, Urgench branch,
Republic of Uzbekistan, Tashkent

Abstract. In the Republican Specialized Scientific Research Medical Center for Cardiology of the Urgench Branch, 60 patients aged 18 to 65 years with cardiovascular diseases and depressive disorders were examined. Support for the patient’s independence and initiative through art therapy, auto-training, group dynamic psychotherapy and personality-oriented psychotherapy took place at the final stage of the innovative integrative psychotherapeutic method.

Key words: emotional disorders, psychotherapy, patients with a cardiac profile.

Актуальность проблемы исследования вызвана стремительным ростом числа заболеваемостью сердечно-сосудистой патологией, коморбидной с эмоциональными расстройствами и увеличением количества смертности среди

лиц молодого возраста населения экономически развитых стран [4, С.20]. Психологические аспекты коррекции эмоциональных изменений у пациентов кардиологического профиля приобретают особую значимость в общей врачебной практике в последние десятилетия и становится одной из приоритетных задач медицинской науки и системы практического здравоохранения. Предиктором формирования сердечно-сосудистых заболеваний являются негативное воздействие социальных факторов, способствующих развитию психоэмоциональных изменений и первую очередь депрессивной патологии у данного контингента больных [9, С.24]. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, депрессия к 2030 году будет одной из основных причин нетрудоспособности и займет второе место после сердечно-сосудистой патологии, опережая онкологические и травматологические заболевания [6, С.67]. Депрессивные состояния приводят личность к ряду неблагоприятных последствий как медицинского, так и социального порядка: снижают качество жизни пациента, адаптационный потенциал, повышают риск развития суицидальных тенденций, могут привести к снижению профессионального статуса с вынужденной сменой работы, утрату квалификационных способностей, распаду семьи и, наконец, к полной потере трудоспособности и инвалидности пациентов [5, С.46]. В практическом здравоохранении проблема преодоления личностью с патологией сердечно-сосудистого профиля стрессовых и критических ситуаций приобретает глобальное значение [8, С.20]. Устойчивый интерес к данной проблеме обусловлен усилением негативного воздействия природных, экологических, социальных и других неблагоприятных условий на личность [2, С.28]. В этой связи особую значимость приобретает изучение психологических способов совладания со стрессом как фактора успешной адаптации человека в быстро меняющемся социуме [1, С.199]. На современном этапе развития принципов интегративного подхода к проблеме болезни, является общепризнанным, что при оценке тяжести заболевания и выборе методов терапии необходимо опираться не только на соматические показатели здоровья, но и на критерии психического состояния, а также современных подходов к особенностям психотерапии, в частности, применение инновационных методов комплексной психокоррекции [7, С.68]. Эффективность использования интегративного подхода к психотерапии пациентов кардиологического профиля в стационаре определяется как особенностями патогенеза сердечно-сосудистых заболеваний, адаптационными способностями личности, так и ограниченными сроками госпитализации. Интенсифицировать психотерапевтический процесс возможно путем комплексности и инновационного подхода психокорекционного и

психотерапевтического вмешательства с учётом личностных характеристик и особенностей адаптационного потенциала [3. С.22].

Цель исследования: определить особенности психотерапии эмоциональных изменений у пациентов кардиологического профиля с учётом адаптационного потенциала личности.

Материалы и методы: объектом для исследования явились 60 пациентов кардиологического профиля в возрасте 25–55 лет с наличием депрессивной патологии в клинической картине заболеваемости, поступивших на лечение в отделения Хорезмского филиала Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Кардиологии. Распределение по клиническим группам с учетом кардиологического диагноза было следующим: испытуемых с ГБ – 40 %, испытуемых с ИБС – 45,5 %, испытуемых с ПС – 14,5%. Ведущими методами исследования явились клинико-психопатологический и катамнестический. В процессе психопатологического исследования для определения эмоционального статуса использовали «Госпитальную шкалу тревоги и депрессии» (HADS) и опросник тревожности Спилбергера-Ханина, а для выявления типологических особенностей личностей пациентов применялся тест-опросник Шмишека-Леонгарда. Инновационные методы психотерапии депрессивной патологии у больных с сердечно-сосудистой патологией проводились медицинскими психологами и врачами-психотерапевтами в период стабилизации состояния. По специально разработанной схеме медицинские психологи в течение трех месяцев проводили групповые и индивидуальные сеансы психокоррекции, а также тренинги в виде семейной и рациональной психотерапии с членами семьи и ближайшими родственниками пациентов кардиологического профиля.

Результаты и обсуждение: на инициальном этапе исследования первоочередной задачей являлось определение психоэмоциональных изменений у пациентов кардиологического профиля с помощью психометрических шкал. В ходе исследования установлено, что у большинства пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями эмоциональная сфера характеризовалась наличием депрессивной патологии, высоким уровнем тревожности и обсессивно-фобическими расстройствами. В обследованной группе в результате тестирования с помощью «Госпитальной шкалы тревоги и депрессии» (HADS) и опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожно-депрессивных расстройств различной степени выраженности у 98% пациентов, при этом проявления тревоги были отмечены у 94% исследуемых, депрессии различных степеней тяжести – у 55% обследованных. более чем у половины пациентов было отмечено наличие проявлений тревоги средней

степени выраженности (55%), у 35% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10% пациентов – констатировалась выраженная тревога. Депрессивная симптоматика чаще всего сопровождалась наличием панических атак и генерализованного тревожного расстройства в виде страха смерти или внезапной остановки сердца. Пациентов охватывало чувство неминуемой гибели и скоропостижной смерти. В синдромологическом аспекте чаще наблюдались астено-апатические и ипохондрические депрессии с тревожно-фобическими включениями. На фоне пониженного настроения наблюдались и соматические эквиваленты депрессии - бессонница, отсутствие аппетита, спастические колиты и запоры. Отмечалось суточное колебание настроения, сопровождающееся чувством тоски и безысходности. Большинство пациентов отмечало нарастающее чувство грусти и предчувствие приближающейся смерти. При длительном течении соматической патологии депрессия принимал затяжной характер, отмечалось формирование терапевтической резистентности к назначаемой фармакотерапии. Возникновение фармакорезистентности и хронификация процесса требовали подключения психологической помощи медицинских психологов и психотерапевтов для решения комплексного лечения пациентов кардиологического профиля. Для успешной реализации психотерапевтического вмешательства необходимым условием было установление психологических характеристик обследуемых пациентов. При исследовании конституционально-личностных особенностей обследуемых с помощью теста-опросника Шмишека-Леонгарда среди всех пациентов были выявлены: демонстративный тип личности - у 6 больных (10%), застревающий тип личности - у 16 больных (26,7%), дистимический тип в 40% случаев (24обследованных), тревожно-боязливый тип - у 10 больных (16,6%), в 6,6% случаев (4 пациента) был выявлен эмотивный тип личности. Для редукции депрессивной симптоматики специально подбиралось психотерапевтическое вмешательство с дифференцированным подходом с учётом личностных особенностей каждого пациента. Реабилитационная программа включала в себя комплекс мер по скорейшему возвращению пациентов в социум и формированию адаптации в новых условиях быстро меняющегося социума. Сеансы психотерапии были организованы медицинскими психологами и психотерапевтами с пациентами, находящимися в состоянии реабилитации. Проводились групповые и индивидуальные занятия, краткосрочные сеансы когнитивно-поведенческой психотерапии. Психотерапевтическое вмешательство включало шесть основных интегральных этапов. Инициальный этап психокоррекции состоял в установлении психотерапевтического контакта, исходя из характерологических особенностей больных, и постановку целей и

задач. Врач-психотерапевт в ходе рациональной психотерапии выявлял точки-мишени для проведения комплексной интегральной психотерапии с учётом личностных особенностей пациентов кардиологического профиля. На втором этапе применялись техники нейролингвистического программирования и рациональной психотерапии. Третий этап состоял из личностно-ориентированной психотерапии и применения краткосрочной позитивной психотерапии, эффективную при создании мотивации и активизации ресурсов личности с изменением системы представлений, ценностей, а также с формированием ответственности. Проведение техник эриксоновского гипноза на четвертом этапе способствовало воздействию на психологическую составляющую заболевания, улучшало эффект соматотропной терапии и нормализацию психовегетативных соотношений с учетом особенностей личности больного кардиологического профиля. Коррекция внутренней картины болезни, психотерапевтическая работа с психологическими защитами, выработка адекватного отношения к комплексному поддерживающему лечению являлась основой пятого этапа реабилитационной программы. Поддержка самостоятельности и инициативы больного с помощью проводимых арт-терапии, аутотренинга, семейной психотерапии и групповой динамической психотерапии имела место на заключительном этапе психосоциореабилитации пациентов кардиологического профиля.

Выводы. Таким образом, проведенная психотерапевтическая помощь пациентам кардиологического профиля свидетельствует о достоверном повышении интегрального показателя качества жизни и значений составляющих его психологической сферы и сферы социальных отношений. К концу психокоррекционной работы положительная динамика отмечается у 80% пациентов кардиологического профиля, прошедших тренинги инновационной интегральной психотерапии, что указывает на необходимость данного вида групповой работы с больными сердечно-сосудистой и патологией эмоциональной сферы. Современные подходы в психодиагностике и психокоррекции депрессивных расстройств и личностных особенностей пациентов кардиологического профиля позволяют определить более глубокий уровень депрессии, полиморфизм клиники, является фактором предупреждения неблагоприятного прогноза заболевания, способствуют более дифференцированно осуществлять лечебно-реабилитационную помощь и оптимизировать психотерапевтический подход в выборе методов психологического воздействия с учётом личностных особенностей пациентов.

Литература / References

1. Александров, А.А., Балашова, Т.Н. Сотрудничество врача и психолога в диагностическом процессе // Психотерапия и клиническая психология: методы, обучение, организация. – СПб., Иваново, 2000. – С.199-204.

2. Бабарахимова, С.Б., Шаханская, О.В., Искандарова, Ж.М. Личностные особенности женщин с депрессивными расстройствами и их влияние на качество жизни //Сборники конференции НИЦ Социосфера, 2013. – 134 с.

3. Громова, Е. А. Психосоциальные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (обзор литературы) / Е.А. Громова // СМЖ. – Томск, 2012. – №2. – С.22-29.

4. Мамедов, М.Н. Оценка психологического статуса пациентов со стенокардией напряжения / М.Н. Мамедов, Р.Т. Дидигова, З.З. Булгачева // Кардиология. – 2012. – № 1. – С.20-25.

5. Сайдалиходжаева, Д.Г., Бабарахимова, С.Б. Оценка эмоциональных статусов беременных с учетом личностных особенностей /Психические расстройства в общей медицине.- 2017.-№4. 46-46 С.

6. Abdullaeva, V.K, Nurkhodjaev S.N. Optimization of Therapy of Treatment Resistant Depressions in patients taking into account Personal Characterestics / Jornal of Research in health science, 67-72,2019

7. Amir M. The World Health Organization quality of life assessment // Europ, PsychiaL - 2018 - Vol. 9. - Suppl. 1. - P. 68

8. Lush E., Salmon P., Floyd A., Studts J.L., Weissbecker I., Sephton S.E. Mindfulness meditation for symptom reduction in cardio-myalgia: psychophysiological correlates. // Journal of Clinical Psychology in Medical Settings 2009 Jun. 16 (2): 200–7.

9. Matveeva A.A., Sultonova K.B., Abbasova D.S. et al. Optimization of psycho-diagnostics of emotional states // Danish Scientific Journal. VOL 3, No 5 pp. 24-27.

10. Niyazova Z., Nurkhodjaev S., Akhmedzhanova A. Features of psychological rehabilitation in patients with eye injuries. Medicine and Law. 2019. -1 (38). - P.14-28.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ У ПОДРОСТКОВ

В. К. Абдуллаева, С.Б. Бабарахимова
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Республика Узбекистан, г. Ташкент

Аннотация. В данной статье рассматриваются результаты исследования, которые позволяют выявить группы риска по суицидальной готовности среди подростков с учётом типов семейных взаимоотношений и своевременно оказывать медико-психологическую и психокоррекционную помощь родителям и детям, прогнозировать суицидальное поведение на самых ранних этапах его формирования. В профилактике подростковых суицидов важная роль принадлежит воспитательному значению семьи и семейных взаимоотношений в формировании гармонично развитой личности.

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

RESEARCH OF FEATURES OF SUICIDAL TENDENCIES IN ADOLESCENTS

Abdullaeva V.K., Babarakhimova S.B.
Tashkent Pediatric Medical Institute,
Republic of Uzbekistan, Tashkent

Abstract. The article presents the results of the study, which allow to identify risk groups for suicidal readiness among this group of patients, taking into account types of family relationship, and timely provide medical, psychological and psycho-correctional assistance to parents and children, predict suicidal behavior at the earliest stages of its formation. In the prevention of teen suicides an important role belongs to the educational value of the family in the formation of a harmoniously developed personality.

Key words: family. adolescent. personal characteristic. emotional disorders. suicide behavior. self-harm.

Введение. По данным Всемирной Организации Здравоохранения за последние 30 лет число суицидальных попыток, совершённых детьми и подростками в мире, неуклонно растёт, особенно в развитых государствах Европы и Америки [12, С.129]. Актуальность проблемы исследования суицидального поведения вызвана ростом числа самоубийств и суицидальных

попыток среди детей и подростков в результате отрицательного влияния средств массовой информации и виртуального пространства кибернетической сети Интернета, освещающих самоубийства как пример для подражания и поклонения [2, С.196]. Суицид в детском и подростковом возрасте является наиболее тяжким проявлением трагической проблемы самоубийств в силу несформированности антисуицидальных барьеров и отсутствия осознания всей ценности жизни у подрастающего поколения [8, С.52]. Следует учитывать и моральный ущерб, который наносят детские и подростковые суициды родителям, сверстникам, учителям, обществу в целом [9, С.24]. В этой возрастной группе суицид занимает четвертое (после травматизма, инфекционных и онкологических заболеваний) место в качестве причины смерти. Наряду с высоким уровнем частоты завершенных суицидов, в настоящее время отмечается и увеличение количества суицидальных попыток среди детей и подростков как варианта реакции протеста внутрисемейным взаимоотношениям [4, С.17]. Реакция родителей, принципы, типы и специфика отношений между родителями и их детьми, стиль семейного руководства и воспитания могут оказаться важными факторами, предопределяющими асоциальное поведение ребенка в семье и социуме, и влияющими на его отношения с другими людьми в зрелые годы [1, С.54]. Подростковый возраст характеризуется большой частотой дебютов депрессивных состояний, возникающих на фоне идей физического недостатка и собственной неполноценности, со склонностью к суицидальному поведению, своевременно не диагностированных вследствие неблагополучного эмоционального микроклимата в семье [3, С.13]. Усиление суицидальной активности в подростковом возрасте за последние десятилетия определяет интерес к этой теме широкого круга специалистов, как российских, так и зарубежных [10, С.50]. Наличие взаимосвязи попыток самоубийств детей и подростков с отклоняющимся поведением: побегами из дома, прогулами школы, ранним курением, мелкими правонарушениями, конфликтами с родителями, алкоголизацией, наркотизацией, сексуальными эксцессами отмечают в своих исследованиях российские психиатры и психологи [6, С.152]. При этом в детском и подростковом возрасте возникновению суицидального поведения способствуют депрессивные состояния, которые проявляются иначе, чем у взрослых [11, С.147]. По мнению Н.Ю. Жуковой, суицидальное поведение детерминировано развитием внутриличностного конфликта под воздействием внешних стрессогенных факторов, а также возникновением психопатологических нарушений, вызывающих аутодеструктивное поведение, не связанное с воздействием внешних факторов [7, С.27]. Согласно данным

российских психиатров, для подростков характерны незрелость личности и слабый контроль эмоциональных состояний. По данным исследований Е.А. Григоренко, для суицидентов - подростков характерны следующие особенности: чрезмерная обидчивость, ранимость. снижение толерантности к эмоциональным нагрузкам. низкая самооценка. отвержение социальным окружением, чувство ненужности и никчемности. переживание собственной неполноценности, пассивность в разрешении трудных ситуаций [5, С.40].

Цель исследования: изучить особенности формирования суицидальных тенденций у подростков для улучшения и оптимизации медико-психологической помощи данному контингенту населения.

Материал и методы. объектом для исследования явились 86 подростков в возрасте 15–19 лет с суицидальными тенденциями депрессивного регистра и поведенческими нарушениями. В группу вошли пациенты с наличием диагностических критериев социализированного расстройства поведения по МКБ-10–F91.2. Специально разработанная анкета, созданная сотрудниками кафедры психиатрии совместно с клиническими и социальными психологами, содержала перечень психологических тестов-вопросов, для выявления факторов риска формирования суицидального поведения с учетом личностных особенностей и степенью депрессивной патологии. Для диагностики параметров семейной системы был использован опросник «Шкала сплоченности и гибкости семейной системы» Олсона-Портнера, а для определения степени суицидального риска была использована «Колумбийская шкала оценки тяжести суицидального риска» (Posner K., Brent D., Lucas C., 2009). Для оценки выраженности депрессивной симптоматики применялись шкала оценки депрессии Цунга, для выявления уровня тревоги – опросник уровня личностной и реактивной тревожности Спилбергера-Ханина, для определения устойчивых личностных характеристик испытуемых и особенностей эмоционального реагирования использован патохарактерологический диагностический опросник Личко.

Результаты исследования и обсуждения. В результате психологического тестирования было выявлено, что 45% обследованных подростков росли в неполной семье, 25% - в социально неблагополучной семье, 30% исследуемых воспитывались в полноценных благополучных семьях с обоими родителями. У 53% обследованных была выявлена наследственная отягощенность алкоголизацией родителей и психической патологией родственников, что в свою очередь обусловило конфликтные взаимоотношения в семье, несоблюдение нравственно-социальных норм поведения в семье и неудовлетворительные материально-бытовые условия. Анализ полученных

данных установил 26% подростков, склонных к асоциальному поведению с мелкими правонарушениями, с гедонистической жизненной позицией, сформировавшихся в процессе амбивалентного стиля воспитания в семьях, с низким уровнем запретов, который в дальнейшем проявлялся значительными дисциплинарными санкциями, спровоцировавшими в последующем суицидальные попытки как патохарактерологические реакции протеста. Суицидальные тенденции демонстративно-шантажного и манипулятивного характера выявлены у 28% обследованных подростков из так называемых «благополучных» семей, воспитанных в полноценных семьях с хорошим материальным достатком, но растущих в условиях полной эмоциональной отчужденности с нарушением межличностных взаимоотношений с родителями. По результатам диагностики «Шкалы сплоченности и гибкости семейной системы» было выявлено наибольшее количество семей с неправильным экстремальным типом воспитания, которое привело к нарушению функционирования семейной системы, появлению кризиса в межличностных взаимоотношениях. Выявлено 70% подростков, воспитанных в условиях эмоциональной депривации и дефицита внимания и любви со стороны родителей. Исследование амбивалентного типа семейных отношений установило полное отчуждение между членами семьи, которое предопределило появление депрессивных нарушений у подростков и развитие акцентуации характера и патологическому формированию личности. Конфликтные взаимоотношения в деструктивных семьях способствовали развитию аффективной блокады интеллекта с отрицательной концепцией окружающей среды, что только усугубляло положение дисгармонично развивающейся личности и часто обусловливало негативные эмоции и вовлечение подростков в так называемые группы смерти виртуального пространства кибернетической среды Интернета, контролируемые кураторами компьютерных игр. В ходе тщательного сбора анамнестических сведений установлено влияние неправильных форм воспитания и контроля в родительской семье, на формирование отклоняющихся форм поведения, в том числе саморазрушающего поведения и его крайней формы – суицидального.

Согласно классификации А.Е. Личко мы выявили следующие формы родительского воспитания и контроля в семьях: гипопротекцию, доминирующую гиперпротекцию, потворствующую гиперпротекцию, эмоциональное отвержение, повышенную моральную ответственность. По данным нашего исследования подростки чаще всего воспитывались в семьях, для которых была характерна гипопротекция (46%) и эмоциональное отвержение (25,5%). Реже встречались семьи с гиперпротекцией -

доминирующей (14%) и потворствующей (10%), а также где на ребенка накладывалась повышенная моральная ответственность (4,5%). В результате неправильного воспитания у подростков отмечались значительные изменения характерологических особенностей личности. При гипопротекции в семьях наблюдалось равнодушное отношение к ребенку, отсутствие контроля за поведением подростка, имелся недостаток внимания, заботы и руководства, истинного интереса родителей к делам своего ребенка, его волнениям, увлечениям. В крайних формах это выражалось в полном пренебрежении нуждами ребенка в первичных потребностях, питании, одежде. Иногда выявлялась скрытая гипопротекция, когда контроль за поведением и всей жизнью подростка как будто осуществлялся, но на деле отличался крайним формализмом. При этом стиле воспитания подросток полностью был предоставлен сам себе и окружающей микросоциальной среде, где и попадал под влияние старших по возрасту и подвержен ранней алкоголизации и наркотизации. Доминирующую гиперпротекцию установили, когда выявлялась чрезмерная опека, мелочный контроль за каждым шагом подростка, постоянный надзор и наблюдение, приводящие к развитию чувства неуверенности у ребенка. При этом имелись постоянные запреты, ограничение сферы деятельности ребенка, его самостоятельности. Данный вид гиперпротекции соотносится с авторитарным стилем воспитания, родитель зачастую является непререкаемым авторитетом, его воля в семье считается законом. Семьи, в которых ребенок воспитывался по типу «кумира семьи», характеризовались чрезмерным покровительством, баловством подростка, исполнением любых его желаний и прихотей. Ребенка не только освобождали от любых трудностей и неприятных обязанностей, но и непрестанно восхищались его успехами и талантами, порой даже незначительным способностям придавалось сверхценное значение со стороны родителей и родственников. Подросткам с ранних лет внушалось, что они лучшие, одарённые, талантливые, формировалось стремление к лидерству и перфекционизму. Такие семьи мы относили к категории потворствующей гиперпротекции. При эмоциональном отвержении подросток постоянно ощущал, что им тяготятся, что он – обуза в жизни родителей. Особенно сильно это ощущалось в семьях, где рождались младшие братья или сестры, на которых уделялось больше внимания и забот. Как крайний вариант эмоционального отвержения выявлено воспитание по типу «ежовых рукавиц» с физическими, несоразмерными вине, жестокими наказаниями или психологическим насилием. О повышенной моральной ответственности можно было говорить в семьях, где родители питали слишком большие надежды в

отношении будущего своего ребенка, его успехов и способностей. При этом они отчасти пытались реализовать в ребенке свои собственные, не воплотившиеся в реальность мечты, навязывали своё мнение, ограничивали самостоятельность, право выбора, требовали от подростка стремления к совершенству и успеху. В процессе неправильных стилей родительского воспитания формировались акцентуированные личностные черты характера у подростков, которые в дальнейшем могут трансформироваться в патологическое расстройство личности. С помощью патохарактерологического диагностического опросника А.Е. Личко были выявлены следующие типы акцентуаций характера: истероидный тип личности встречался у 9 больных (10%), психастенический тип личности у 22 больных (25,5%), лабильный тип был выявлен в 46% случаев (40 обследованных), эпилептоидный тип у 12 больных (14%), в 4,5% случаев был выявлен неустойчивый тип личности.

Наибольший процент выявленной акцентуации характера оказался лабильным типом. Эти подростки были склонны к перепадам настроения, неустойчивому эмоциональному фону, быстрой смене аффективных реакций, длительной фиксации негативных ситуаций и воспоминаний из прошлого. Депрессивное расстройство средней тяжести по шкале Цунга было выявлено у 6 пациентов с истероидным типом личности, которые стремились к признанию себя лучшими среди сверстников, лидерству и перфекционизму. Вместе с этим, выявлялась изменчивость настроения и черты реактивной лабильности, выраженная потребность нравиться окружающим, яркость эмоциональных проявлений при некоторой их поверхностности, склонность к манипулятивному поведению, эгоцентризм, честолюбие, переоценка собственных способностей. При неустойчивом типе личности чаще возникала депрессия средней степени тяжести по шкале Цунга (80%), и лишь у 2 пациентов была диагностирована депрессия легкой степени. В структуре личности этих пациентов на передний план выступали особенно ярко проявляющиеся признаки аффективной и эмоциональной лабильности, в сочетании с выраженной импульсивностью, склонностью к асоциальным поступкам, а иногда девиациями в сфере влечений, невозможность создавать теплые дружеские взаимоотношения со сверстниками. Среди всех обследованных психастенический тип личности встречался в 25,5% случаев, и для этих пациентов характерным было развитие депрессии средней степени тяжести с формированием тревожно-фобических расстройств. В клинической картине наряду с депрессивными симптомами наблюдались навязчивые страхи, сомнения, фиксация на отрицательных воспоминаниях прошлого. Данному типу личности были характерны следующие черты: мнительность,

нерешительность, неуверенность, робость, застенчивость, склонность к чувству вины, низкая самооценка, трудности контактов, зависимость от порядка и авторитетов. Исследование выраженности аффективных расстройств по шкале Цунга в условиях стационара выявило наличие легкого депрессивного расстройства у 71% пациентов, в 29% случаев - депрессивное асстройство средней степени. В ряде наблюдений, особенно при наличии психотравмирующих обстоятельств, депрессивная симптоматика была более очерченной, с идеями собственной неполноценности, мыслями и представлениями о смерти (69%), чувством немотивированной вины и нестойкими расстройствами влечений (23%). При наличии значимых психотравмирующих обстоятельств депрессивные состояния имели тенденцию к затяжному течению. При оценке выраженности депрессивных расстройств по шкале Цунга тяжелой степени депрессии среди подростков выявлено не было, основную массу 80% составили пациенты с легкой степенью депрессии и лишь в 20% случаев (9 пациентов) была выявлена депрессия средней тяжести. Среди всех обследованных было 60 мальчиков и 26 девочек. Гендерные различия в тяжести депрессивной симптоматики распределились следующим образом: у мальчиков депрессия легкой степени была выявлена в 71% случаев и в 17% случаев диагностирована депрессия средней степени тяжести, а у девочек депрессия средней степени тяжести встречалась чаще – в 70% случаев, депрессия легкой степени выявлена у 29% больных. Чаще всего подростки жаловались на подавленное настроение, нарушения сна и аппетита, трудности в учебной деятельности, нарушение концентрации внимания, повышенную реакцию на внешние ситуации и источники стресса, раздражительность, внезапно возникающее чувство грусти, уныние, периодами отмечали выраженное чувство скуки и отсутствие желания что-либо делать, высказывали идеи самообвинения и безнадежности. В 58% случаев родители отмечали значительное снижение школьной успеваемости, нарушение внутрисемейных взаимоотношений, повышенную утомляемость, которая была сильнее выражена во второй половине дня. В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожных расстройств различной степени выраженности у 93% подростков, более чем у половины исследуемых было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (56%), у 27% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 16% подростков – констатировалась выраженная тревога. Основными факторами, способствовавшими возникновению саморазрушающего аутоагрессивного поведения в виде суицидальных мыслей и тенденций у подростков, были неправильные стили

родительского отношения, приводящие к конфликтам в межличностных взаимоотношениях. В ходе исследования было установлено наличие только суицидальных мыслей у 15% обследуемых, суицидальных мыслей с намерениями и планированием у 42% обследуемых, в 1/3 (33%) случаев пациенты с суицидальными мыслями совершали суицидальные попытки. Предпочтение отдавалось легкодоступным и не жестоким способам – отравление таблетками и нанесение порезов в области предплечий. Эти действия возникали под влиянием следующих провоцирующих факторов: проблемы во взаимоотношениях с родителями (50% случаев), конфликты с учителями и воспитателями в школах и колледжах (25%), конфликты со сверстниками (15%), внутриличностными проблемами (10%). Большинство подростков скрывало наличие суицидальных намерений от родителей и близких, выявить их удавалось при изучении переписок в социальных сетях интернета или при просмотре их дневниковых записей и рисунков.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование установило, что неблагополучный психоэмоциональный фон является предопределяющим фактором в формировании суицидальных тенденций у подростков в силу их незрелости в личностном плане и наличием социально-психологических предпосылок пубертатного периода. Анализ семейных факторов риска возникновения суицидальных тенденций у подростков, определил, что стили неправильного родительского воспитания в дисфункциональных семьях приводили к развитию акцентуированных личностных черт характера в виде истероидной, лабильной, эпилептоидной и психастенической акцентуациях личности у подростков, которые в дальнейшем способствовали формированию суицидального поведения. Результаты исследования позволяют выявить группы риска по суицидальной готовности среди данного контингента больных с учётом типов семейных взаимоотношений и своевременно оказывать медико-психологическую и психокоррекционную помощь родителям и детям, прогнозировать суицидальное поведение на самых ранних этапах его формирования.

Литература / References

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

2. Бабарахимова, С.Б., Абдуллаева, В.К. Взаимосвязь личностных особенностей и суицидальных тенденций у подростков // Журнал

«Человеческий фактор Социальный психолог». -Ярославль, 2019. - №1(37) - С.196-202.

3. Бабарахимова, С.Б., Искандарова, Ж.М. Влияние дисморфофобических расстройств на формирование депрессий у подростков с учётом личностных особенностей / Актуальные вопросы психического здоровья // Сборник материалов научно-практической конференция с международным участием посвящённой памяти профессора В.И. Григорьева.- Рязань, 2015. - С.12-18.

4. Герасимчук, М.Ю. Суицидологический паспорт депрессии // Суицидология – актуальные проблемы, вызовы и современные решения / Сборник научных статей I научно-практической конференции Ассоц. Когнитивно-поведенческой психотерапии. - СПб. : СИНЭЛ, 2016. - С.17-20.

5. Григоренко, Е.А. Проблема суицидального поведения подростков (обзор литературы) // Журнал Научное обозрение. - Медицинские науки. - 2016.- № 5.- С.40-45.

6. Григорьева, Д.П., Егорова, В.Н. Представления подростков о факторах суицидального поведения // Журнал «Казанская наука». - 2016.- № 12. - С.151-154.

7. Жукова, Н.Ю. Взаимосвязь отношения к смерти и склонности к саморазрушающему поведению у подростков // Журнал «Вопросы психического здоровья детей и подростков». - 2017. - № 4 (17).- С.27-33.

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

9. Matveeva A.A., Sultonova K.B., Abbasova D.S. et al. Optimization of psycho-diagnostics of emotional states // Danish Scientific Journal. VOL 3, No 5 pp. 24-27.

10. Mars B., Heron J., Crane C. et al. (2014) Clinical and social outcomes of adolescent self harm: population based birth cohort study. BMJ, 349: pg. 50-54 11. Skegg K. (2005) Self-harm. The Lancet, 366(9495): pg. 147–148. 12. Conner K.R., Wyman P., Goldston D.B. et al. Two studies of connectedness to parents and suicidal thoughts and behavior in children and adolescents // Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2016. Vol. 45, № 2. P. 129-140.

ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Г.В. Акименко, Л.В. Начева
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. Основываясь на опыте авторов, исследованиях, наблюдениях в академической среде воздействия пандемии на систему высшего медицинского образования по специальности «Лечебное дело» и необходимости поиска альтернативных решений, эта статья представляет, как работает вуз в условиях самоизоляции и как он сможет реагировать на будущие вызовы. Установлено, что существует большая потребность в том, чтобы медицинский университет укреплял практику в учебной программе и делал ее более гибкой для удовлетворения потребностей студентов в обучении даже в период самостоятельной работы в условиях коронавируса.

Ключевые слова: высшее медицинское образование, online-обучение, пандемия, преподаватели, обучающиеся, медицинский университет, COVID-19.

DISTANCE LEARNING FOR STUDENTS MEDICAL UNIVERSITY IN THE CONTEXT OF THE COVID-19 PANDEMIC

G. V. Akimenko, L.V. Natcheva
Kemerovo State Medical University " Ministry of Health of Russia, Russia, Kemerovo

Abstract. Based on the authors ' experience, research, observations in the academic environment of the impact of the pandemic on the system of higher medical education in the specialty «Nursing» and the need to find alternative solutions, this article presents how the University works in conditions of self-isolation and how it will be able to respond to future challenges. It was found that there is a great need for the medical University to strengthen the practice in the curriculum and make it more flexible to meet the learning needs of students even while working independently in a coronavirus environment.

Key words: higher medical education, online training, pandemic, teachers, students, medical University, COVID-19.

11 марта 2020 года Всемирная организация здравоохранения объявила коронавирусную инфекцию COVID-19, которую вызывает возбудитель SARS-CoV-2, пандемией. Коронавирус по состоянию на 06 апреля 2020 года затронул высшие учебные заведения не только в Ухане, где и возник коронавирус, но и практически все вузы в 191 стране мира [1]. Таким образом, по всему миру была закрыта значительная доля университетов, включая Оксфорд, Кембридж и другие ведущие вузы.

Минобрнауки России, в соответствии с указом Президента Российской Федерации от 02.04.2020 №23939, принял решение о переводе вузов страны на реализацию образовательных программ с использованием электронного обучения и дистанционных образовательных технологий [2]. Учебные заведения России оперативно отреагировали на форс-мажорную ситуацию и изменили свои условия работы, внедрили меры и практики, которые были нацелены на снижение риска заболевания COVID-19.

Во многих университетов страны до начала пандемии уже был накоплен опыт удаленной работы со студентами. Однако для практик внеаудиторных занятий с обучающимися дистанционный формат использовался редко. В рамках социологических исследований, проведенных Национальным исследовательским университетом «Высшая школа экономики» (НИУ ВШЭ), лишь 12% студентов ответили, что получали и выполняли задания преподавателя в электронном формате [3].

В условиях самоизоляции преподаватели организовали учебный процесс с использованием различных способов доставки электронного контента и доступных инструментов коммуникации с обучающимися в электронной информационно-образовательной среде (ЭИОС).

Главные вызовы дистанционного высшего сестринского образования - это, прежде всего, практическая и пациенториентированная направленность учебных программ для обучающихся. необходимость быстрого вхождения в режим бесконтактного обучения.

Незапланированный перевод учебного процесса на дистант в условиях пандемии имеет существенные отличия от правильно спланированного online - обучения на основе массовых открытых online-курсов (МООК).

Результаты опроса преподавателей вузов с ученой степенью, проведенного НИУ ВШЭ в конце 2019 г., свидетельствуют о том, что они невысоко (3,2 балла из 5) оценивали свой уровень владения дистанционными технологиями, а каждый четвертый респондент за последние 3 года ни разу не использовал в своей работе сервисы удаленной видеосвязи для участия в вебинарах и видео - конференциях [3].

Термин «online-обучение» в научной литературе используется, когда речь идет об отсутствии в процессе обучения offline контакта студента с преподавателем, что приводит к подмене понятий и, как правило, неверным выводам. На наш взгляд, в сложившихся условиях самоизоляции было бы не обоснованным использование термина »online-обучение» и в практике использования МООК, поскольку экстренный перевод студентов на них в середине семестра без предварительных организационных мероприятий и необходимого сопровождения со стороны разработчиков online-курсов не позволили студентам осознать преимущества данной технологии.

В сложившейся ситуации необходимо понять различия между «online-обучением» и образовательными технологиями, применяемыми в условиях экстренного перевода учебных заведений на дистант.

Первый массовый открытый online-курс был разработан Дейвидом Кормьером (Канада) [5]. Исследования эффективности образовательных процессов, связанных с применением данной технологии, позволили акцентировать внимание на содержании форм и методов «online-обучение» [2]. В результате был выделен ряд отличий «online-технологии» от других технологий применяемых в вузовской системе XXI века (дистанционное, смешанное, мобильное обучение и др.), позволяет провести сравнительный анализ эффективности высшего образования в разных форматах и сделать заключение о преимуществах и недостатках той или иной технологии.

Ранее проведенные экспериментальные исследования различных форм дистанционного обучения позволили сделать вывод о том, что эти технологии существенно не отличаются от обычного аудиторного обучения с точки зрения результатов обучения [7]. Во многом это объясняется тем, что учебный процесс в электронной информационно-образовательной среде тщательно спроектирован и спланирован. «Online – курс», как правило, теоретически обоснован, обеспечен учебно-методическими и контрольно-измерительными материалами, которые и позволяют достичь запланированных результатов - формирования компетенций в рамках исключительно электронного обучения.

Ключевым в определении содержания «online-обучение» является педагогический дизайн - ведущий инструмент проектирования МООК. Именно он, как правило, и отсутствует в большинстве случаев при экстренном переходе на «дистант» обучение.

Наиболее полно, на наш взгляд, варианты педагогического дизайна при проектировании online-курса отражены в работах американских философов Марианна Бакия (Marianne Bakia) и Роберта Мерфи (Robert Murphy), которые

изучают интеграцию исследований в области компьютерных наук с исследованиями в области обучения.

Авторами были предложены основные параметры эффективных электронных курсов, с альтернативными вариантами реализации online-обучения:

- модель обучения, которая включает в себя: функции, структуру, способы организации учебного процесса, формы, технологии и результаты согласно образовательным целям общества.
- темп освоения, заданный преподавателем с возможностью прохождения части курса в удобном для обучающегося темпе.
- количество обучающихся: до 35 человек. от 36 до 99 человек. от 100 до 999 человек и более 1000 человек.
- педагогические технологии: объясняющие, исследовательские, практико-ориентированные и др.
- роль преподавателя: активное взаимодействие со студентами online. эпизодическое. формальное online-присутствие. отсутствие преподавателя в online-среде.
- роль обучающегося: активная, пассивная.
- синхронизация взаимодействия.
- обратная связь.

Грамотно подобранные материалы курса, исходя из целей и задач обучения в online-среде, обеспечивают студентам образовательный результат, а преподавателю - положительную обратную связь. Такой подход подразумевает, что online-обучение – это прежде всего когнитивный и социальный процесс, а не просто способ передачи информации через сеть Интернет. Важно обратить внимание и на то, что такие технологии требуют обязательной социально-психологической поддержки обучающихся. В рамках очной формы обучении эту роль выполняют преподаватели, задействованные в учебном процессе.

Очевидно, то что online-обучение невозможно без IT-инфраструктуры, которая требует значительных инвестиций в качественные «online-курсы», обеспечивающие эффективное обучение и поддержку, в том числе психологическую, обучающимся в Интернет среде. Все вышеперечисленные условия необходимо проработать заранее, при этом преподаватели уже должны иметь опыт использования инструментов online-обучения и сервисов поддержки обучающихся.

Как показывает практика, на разработку online-курса в среднем уходит от 6 до 9 месяцев, а уверенные навыки работы преподавателя на online-платформе формируются в течение первых двух-трёх пилотных запусков курса. Поэтому

важно чётко понимать то, что специалисты вкладывают в понятие «online-обучение» и то, что вузы пытаются реализовать на практике в условиях пандемии - это разные формы организации учебного процесса. Очевидно то, что делается в этом направлении в условиях форс-мажора даже с максимальными вложениями и личными ресурсами преподавателей по факту является ормой дистанционного обучения.

В экстремальных условиях резкого переформатирования учебного процесса и ограниченности временных ресурсов, на наш взгляд, должны измениться и критерии оценки знаний, полученных, обучающимися. Эффективность образовательного процесса в данном случае будет определяться соотношением полученных результатов и затраченных ресурсов с поправкой на экстренность поставленных задач.

Цель исследования: анализ удовлетворенности студентов факультета «Лечебное дело» дистанционной формой обучения.

Материал и методы исследования. В рамках исследования было проведено анкетирование 78 студентов 1, 3 курсов факультета «Лечебное дело» Кемеровского государственного медицинского университета (КемГМУ), в их числе 16 (20,5%) юношей и 62 (79,5%) девушки. Средний возраст респондентов - 20,3 года. Анкеты заполнялись студентами ВКонтакте самостоятельно.

Разработанная для данного исследования анкета состояла из 25 вопросов по трем блокам: пандемия COVID-19. дистанционное обучение в условиях самоизоляции. вопросы об уровне владения персональным компьютером и навыках работы в сети Интернет.

Результаты исследования и их обсуждение. По итогам анализа анкет можно констатировать, что 97,4% респондентов были своевременно информированы о переходе КемГМУ на дистанционную форму обучения и ознакомлены с соответствующим приказом ректора.

Примерно для 71,8% опрошенных считали, что им с первых дней полностью или скорее было понятно, как дальше будет организовано обучение в их вузе.

В условиях самоизоляции на дистанте обучалось 96,1% студентов, при этом 83,3% использовали электронные сервисы и до пандемии, а 17,9% стали информационными волонтерами – помогали тем, кому была необходима помощь в освоении IT-технологий.

У 98,7% опрошенных дома есть Интернет, у 92,3% - свой компьютер или ноутбук. 83,3% респондентов отметили, что доступная им техника «точно» или «скорее точно» отвечает необходимым для работы функциональным требованиям.

В образовательный процесс КемГМУ прочно вошли такие интернет-ресурсы, как: «Консультант студента», ЭБС, «Консультант врача» и др. В электронной библиотеке, к которой имеют доступ все студенты и преподаватели, размещены электронные версии большинства учебников, учебных и учебно-методических пособий.

Интерактивное взаимодействие «студент» – «преподаватель» в университете в настоящее время происходит в информационно-образовательной среде, созданной на основе Moodle LMS при наличии современного технического оборудования (компьютер, планшет, смартфон). Постоянное и оперативное общение, осуществляется также посредством Skype, приложений ZOOM, Discord, через электронную почту, чаты социальных сетей и мессенджер WhatsApp.

Система Moodle LMS имеет удобный интуитивно понятный интерфейс, студенты факультета факультета лечебное дело и все преподаватели университета имеют личный кабинет, регистрируясь по индивидуальному логину и паролю. Основной структурной единицей каждого модуля, соответствующей дисциплины, является «Интерактивное занятие», доступ к которому открывается соответственно календарно-тематическому плану. Теоретический раздел представлен в виде лекционного материала и презентаций. Информационный блок включает также методические рекомендации, список литературы со ссылками на источники в электронных библиотеках. Контролирующий блок включает в себя контрольные вопросы, ситуационные задачи, тесты - контрольных заданий, что позволяет быстро и качественно оценить качество подготовки обучающихся. На выполнение каждого из представленных заданий отводится ограниченное количество времени. После окончания занятия преподаватель индивидуально в автоматическом или ручном режиме оценивает работу каждого студента.

С практическими занятиями сложнее, но и здесь есть выход. Часть занятий, например, в лабораториях не носят напрямую исследовательский характер. Например, уже у химиков есть опыт - снимается на камеру эксперимент, который показывает лаборант. А студенты потом описывают, что произошло.

По числу программ, которые студенты не могут завершить освоение курсов не смогут завершить в дистанционном формате лидируют следующие программы медицинского направления подготовки «Лечебное дело».

Исследование показало, что при всех положительных моментах после первых двух недель дистанционного обучения вузы столкнулись с целым рядом проблем. Во-первых, возникают вопросы достоверности того, что полученные

от студента материалы подготовлены без посторонней помощи. отсутствует возможность контролировать заимствования присланного текста из учебной литературы и ресурсов сети Интернет и др. Так как основной целью обучения на клинических кафедрах медицинского университета является овладение студентами практическими навыками и умениями [6], второй серьезной проблемой стало отсутствие возможности работать в условиях симуляционного центра КемГМУ.

Дистанционное обучение – это гибкая и изменяющаяся система, и в таких удаленных условиях нередко возникают ситуации, когда необходимо быстрое информирование студентов об изменениях в организации образовательного процесса. На вопрос о своевременности информирования 91% студентов положительно ответили. Всего 6,4% респондентов пожаловались на несвоевременность и только 1,2% на отсутствие заданий от преподавателей. В целом немногим менее четверти опрошенных 21,7% считали, что их обучение стало менее эффективным после перехода на дистанционный формат.

Анализ вопросов об адаптации к новым условиям обучения показал, что большинство респондентов 68% хорошо адаптировались к новым условиям, 20,5% - удовлетворительно и лишь у 6,4% - адаптация проходит сложно, что может быть связано с низким уровнем владения персональным компьютером, навыками работы в сети Интернет, а также с периодически возникающими техническими трудностями. При этом для 73% опрошенных студентов формат дистанционного обучения является удобным, и они удовлетворены процессом обучения в дистанционной форме. Кроме того, четверть респондентов (24,3%) отмечают повышение уровня мотивации к обучению, у 15,3% респондентов он снизился, а у подавляющего большинства остался на прежнем уровне.

Три четверти опрошенных отметили, что сталкиваются с теми или иными сложностями (риС.1). Самые распространенные проблемы студентов - нехватка общения с одногруппниками (34,6%), технические проблемы различного рода и перебои с Интернетом (33,3%), недостаток общения с преподавателем offline (33,3%).

Рис.1. Оценка проблем с дистанционным обучением, % опрошенных студентов

Использование в процессе обучения в дистанционном режиме образовательного портала университета отметили 87,2% респондентов. Почти все участники анкетирования (98,7%) ответили положительно на вопрос о проведении занятий с применением платформы Moodle. В процессе обучения сами преподаватели чаще всего используют обучающие презентации, семинары и вебинары на собственных дистанционных сервисах университета, а также Scype и Zoom сессии. В качестве наиболее оптимальных для учебного процесса форм взаимодействия с преподавателем студенты в равной степени отмечают различные способы: социальные сети, видеосервисы, форумы и чаты, практические работы в цифровом виде с отзывом преподавателя, а также использование электронной почты.

Большинство респондентов (66,7%) высоко оценили как способ подачи преподавателями учебной информации, так и ее содержание, в то же время 28,2% отметили, что хотели бы получить больше дополнительного материала по изучаемым темам, для 3,8% предложенный для изучения материал не открыл ничего нового, и для 7,6% обучающихся материал остался непонятным.

В процессе дистанционного обучения некоторые обучающиеся столкнулись с рядом технических проблем. 18% респондентов отмечали сложный уровень заданий, 16,6% - недостаточное количество обучающего материала, 7,6% - погрешности обратной связи, 5,1% - несвоевременное получение ответов на поставленные вопросы. В то же время контроль

выполнения заданий преподавателями, по данным анкетирования, выполнялся регулярно.

Среди «плюсов» дистанционного обучения респонденты отметили: повышение уровня безопасности жизни и здоровья в условиях коронавирусной инфекцией (88,4%), возможность повторно просматривать учебный материал (69,2%), экономию времени на дорогу в университет и возможность правильно питаться (60,2%), индивидуальный темп обучения (53,8%), использование современных образовательных технологий (41%).

На дополнительные возможности самостоятельной внеаудиторной работы указали 36% респондентов. наличие дополнительного учебных объема материалов и повышение качества обучения - 18% обучающихся.

К числу недостатков удаленного обучения в медицинском университете опрошенные отнесли: отсутствие демонстрации преподавателем практических навыков (84,6%) и возможности их отработки (48,7%), что, безусловно, является важным для будущей медицинской сестры.

Анализ ответов на вопросы, связанных с уровнем владения ПК и навыками работы в сети Интернет, показал ожидаемый уровень уверенной работы более чем у половины респондентов - 55,1%, а в то же время 23% указали на недостаточный уровень владения современной техникой.

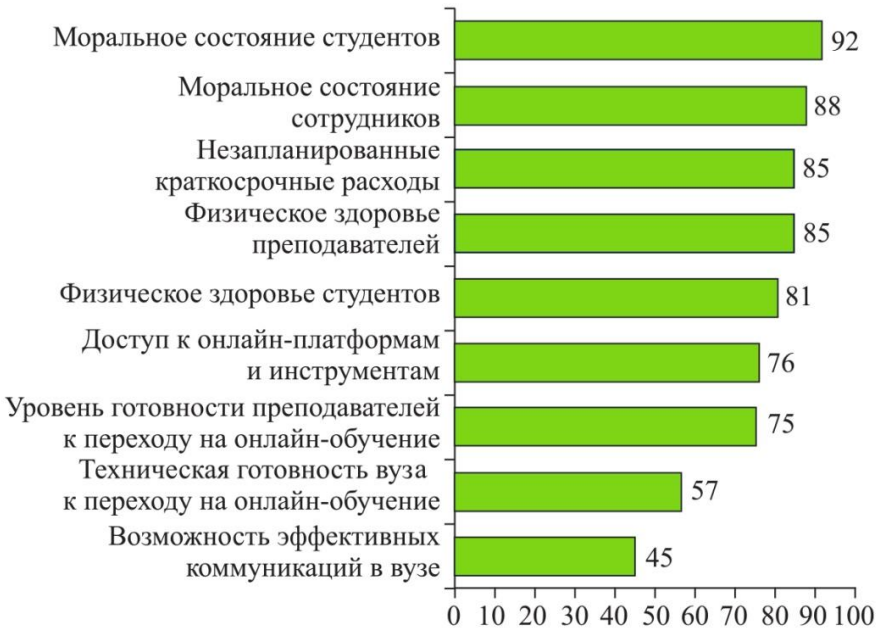


Рис.2. Задачи стоящие перед университетом, требующие внимания в краткосрочной перспективе, %

В целом более трети (35,9%) студентов ответили, что дистанционный формат обучения им нравится больше, чем очный. Четверть опрошенных

считают, что при этом формате им проще задавать вопросы преподавателю. У 64% респондентов появилось больше времени на сон, 55% стали меньше уставать от учебы, у 48,7% стало больше свободного времени.

Опрос ректоров университетов, проведенный Национальным исследовательским университетом «Высшая школа экономики» образования, показывает, что работа с преподавателями - одна из главных задач стоящая перед руководством университетов. Качественный переход в online -формат во многих случаях предполагает наличие курсов повышения квалификации, индивидуальной работы с преподавателями, переработки содержания курсов и др., что также требует дополнительных ресурсов.

Переход в образовательную Интернет-среду, вызванный пандемией, наглядно продемонстрировал, что сами по себе учебные аудитории не имеют особого значения. Важны знания, которые предлагает университет. И главное, источник знаний – это не технологии, лекции, электронные учебники и вебинары, а люди, сообщество, традиции вуза.

В высшем образовании особую, значимую роль играет бренд университета, вклад в который вносят его история, успехи выпускников и др. А также исследовательские задачи, которые решают сотрудники вуза. Очевидно, что развитие образовательных online-платформ, которое неизбежно произойдет после пандемии, усилит мобильность знаний и, как следствие, получение их все реже будет привязано к учебному заведению. В обозримом будущем резюме преподавателей могут быть представлены из разных мест работы и привязка к одному конкретному университету исчезнет окончательно. Это уже происходит и в настоящее время в США и ряде европейских стран [5]. В результате вузы сохранят за собой две главные функции: социализации и сертификации, поскольку университеты предоставляют доступ к сообществу и решают задачу оценивания полученных знаний. Поэтому все элитарные университеты мира, как правило, полностью на online не переходят, очень значительная часть учебного процесса – это личные встречи.

Привычный формат экзаменов и зачётов с жесткой стандартизацией вероятно тоже может отойти на второй план. В условиях самоизоляции некоторые кафедры университета уже отказались от итоговых тестов и оценивали знания обучающихся по их работе в течение семестра и учебного года. В КемГМУ уже опробовали способ оценки по результатам участия студентов в различных предметных олимпиадах. В них и сами обучающиеся смогли сравнить, оценить свой уровень подготовленности по сравнению с другими участниками.

Дистанционный формат экономит и время преподавателей, и аудиторный фонд, и появляется огромное количество возможностей, которые можно складывать по-разному, в зависимости от задач, которые стоят перед вузом в рамках Федерального государственного образовательного стандарта. Пандемия задала вектор цифровизации, но развитие событий все еще зависит от того, кокой выбор общество сделает в будущем. В этих условиях особую ценность приобретают два навыка – гибкость и критическое мышление. Именно эти свойства историк Юваль Харари называл главными навыками человека будущего в своей книге «Двадцать один урок для XXI века» [6]. Очевидно, сейчас лучшее время для их развития.

Таким образом, в эпоху глобального информационного и образовательного пространства, при возрастающем значении информационных технологий, дистанционная форма обучения дает возможности для приобретения качественного профессионального образования за счет возможности доступа к учебному и дополнительному материалу и быстрому способу передачи информации в процессе взаимодействия обучающегося с преподавателями. Однако для медицинского вуза вынужденный переход на полное дистанционное обучение в связи с угрозой распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 требует тщательного анализа, связанного как с оценкой эффективности обучения, так и с удовлетворенностью обучающихся. Под удовлетворенностью студентов понимают субъективную, эмоционально окрашенную оценку качества тех или иных объектов, условий учебной деятельности, в том числе межличностных отношений [7]. Определение удовлетворенности студентов переходом на полное дистанционное обучение позволит выявить слабые стороны деятельности вуза в данном направлении и целенаправленно осуществлять меры по их усовершенствованию.

Выводы. Переход на удаленную работу и на дистанционную форму обучения – это вынужденная мера, которая стала необходима для того, чтобы максимально сократить риски здоровья людей.

Заложенные за последние годы инфраструктурные решения развития online-образования оказались актуальными в кризисной ситуации. Первые две недели режима перехода на карантинные меры показали, что в целом вузы смогли противостоять распространению паники среди студентов и преподавателей, настроили рабочие процессы. Об этом свидетельствуют социологические данные опроса студентов и интервью с преподавателями.

Проведенное исследование показало, что современные студенты обладают достаточно хорошими навыками по работе с современной техникой,

программным обеспечением и работе в сети Интернет. Как следствие, быстро адаптировались к дистанционной форме обучения в условиях пандемии COVID-19. Абсолютное большинство владеет актуальной информацией, касающейся путей распространения и методов профилактики распространения новой коронавирусной инфекции, получаемой в основном из официальных источников. В целом студенты удовлетворены процессом обучения в дистанционном режиме. высоко оценили содержание учебной информации и ее подачу преподавателями университета. Проблемы и трудности, возникающие в ходе освоения образовательных программ в новой форме, в основном связаны с техническими возможностями вуза. То, что необходимо в настоящее время, это, в первую очередь, улучшение цифровой инфраструктуры. Вместе с тем, внедрение online-образования должно осуществляться с осторожностью и этот процесс потребует времени на подготовку преподавателей, разработку и апробацию online-курсов по всем учебным дисциплинам, предусмотренных учебным планом.

В конечном итоге, вузам в настоящее время гораздо важнее извлечь выводы из этого стихийного «глобального эксперимента» и организовать в дальнейшем планомерную работу над ошибками, чтобы избежать их в будущем.

Литература / References

1. Общество COVID-19 [Электронный ресурс]. - URL: https://www.kp.ru /online/news /3898941/ (дата обращения 20.06.2020).
2. Дистанционное обучение в экстремальных условиях. [Электронный ресурс]. - URL: https://academia.interfax.ru/ru/analytics/research/4491/ (дата обращения 20.06.2020).
3. Великая, Е.В. Модель «национального исследовательского университета» (на примере НИУ «Высшая школа экономики»). [Электронный ресурс]. - URL: https://cyberleninka.ru (дата обращения 20.06.2020).
4. Четверть преподавателей вузов в России не используют онлайн-практики: данные ВШЭ. [Электронный ресурс]. - URL: https:// issek.hse.ru/news/ 354966148.html . (дата обращения 28.06.2020).
5. Learning Online What Research Tells Us About Whether, When and How. [Электронный ресурс]. - URL: https://www.routledge.com/Learning-Online-What-Research-Tells-Us-About-Whether-When-and-How-1st/Means-Bakia - Murphy/p/book/9780415630290. (дата обращения 27.06.2020).

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ, ПЕРЕЖИВАЮЩИХ КРИЗИС ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАНОВЛЕНИЯ В ПЕРИОД ОБУЧЕНИЯ В ВУЗЕ

Е.В. Аршинова, Е.В. Янко

ФГБОУ ВО Кемеровский государственный университет,
Россия, г. Кемерово

Аннотация. В работе представлены результаты исследования личностных особенностей студентов – клинических психологов, имеющих психологические симптомы атипично (непродуктивно) протекающего кризиса профессионального становления и его влияния на деонтологические установки будущих профессионалов.

Ключевые слова: подготовка клинических психологов, атипично (непродуктивно) протекающий кризис, психологические симптомы (критерии) атипичного (непродуктивного) кризиса, экспресс методика выявления атипичного (непродуктивного) кризиса, формирование деонтологических установок у студентов – клинических психологов.

PERSONAL CHARACTERISTICS OF CLINICAL PSYCHOLOGISTS EXPERIENCING THE CRISIS OF PROFESSIONAL FORMATION DURING THE PERIOD OF STUDYING AT THE UNIVERSITY

Ye.V. Arshinova, E.V. Yanko

Of the Kemerovo state medical University
Ministry of health of the Russian Federation, Kemerovo, Russia

Absract. The paper presents the results of a study of the personal characteristics of clinical psychologists who have psychological symptoms of an atypical (unproductive) crisis of professional development and its impact on the deontological attitudes of future professionals.

Key words: training of clinical psychologists, an atypical (unproductive) crisis, psychological symptoms of an atypical (unproductive) crisis, an express method for identifying an atypical (unproductive) crisis, the formation of deontological attitudes in clinical psychology students.

Введение. Кризисы развития личности всегда привлекали неослабевающее внимание психиатров, медицинских психологов, психотерапевтов (В. Франкл, А. Маслоу, К. Роджерс, Г. Оллпорт, М. Ш. Магомед-Эминов, Р. В. Кадыров, Ф. Е. Василюк, В. И. Слободчиков,

А.В. Серый, М.С.Яницкий и др.). В зависимости от психологической парадигмы, научной школы, воззрений конкретных исследователей были выделены различные причины, описаны классификации, изучены личностные особенности и конкретные симптомокомплексы широкого спектра кризисов личности. По мнению, Е.В. Валиуллиной, Э.Ф. Зеера, Э.Э. Сыманюк, Л. М. Митиной, Л. И. Анцыферовой, А. К. Марковой, А. Р. Фонарева, В.Р. Манукян и др. к кризисам развития личности относятся и кризисы профессионального становления. Действительно, нет большей проблемы в подготовке будущих врачей, медицинских психологов, как воспитание у профессионалов комплекса установок, форм поведения, типов реакции и в целом мировоззрения которые образуют, так называемый, деонтологический комплекс личности. Он рассматривается нами, как способ отношения к пациенту (клиенту), родственникам, обществу на основе зрелой, гармоничной ценностно-смысловой сферы личности [1. 2. 3. 6. 9. 10. 11. 12. 13]. В период пандемии COVID-19 деонтологические качества специалиста приобретают особое, зачастую ключевое значение и в первую очередь это готовность врача, медицинского психолога к полной самоотдаче, реализации на практике, зачастую в условиях угрозы здоровью, высшей ценности здоровья конкретного пациента.

Большинство авторов, занимающихся данной проблемой, приходят к выводу, что кризисы профессионального становления по содержанию и динамике являются нормативными кризисами, позволяющими изменить вектор личностного и профессионального развития, где происходит перестройка ценностно-смысловых структур профессионального сознания, возникают новые жизненные цели, происходит коррекция социального статуса, формирование идентичности к профессиональной группе и профессиональной деятельности, изменение взаимоотношений человека и социальной среды [4. 5. 7. 8].

Мы предполагаем, что формирование деонтологического комплекса будущего профессионала напрямую зависит от того как разрешился кризис профессионального становления в период обучения в вузе. При благоприятном исходе формируются психологические новообразования этического порядка, в противном случаи, формирование деонтологического мировоззрения осложняется, либо вообще невозможно.

Целью проведенного исследования стало изучение личностных особенностей студентов обучающихся по специальности «Клиническая психология», специализация «Психологическое обеспечение в чрезвычайных и экстремальных ситуациях», переживающих атипичный (непродуктивный) кризис профессионального становления.

Для достижения поставленной цели нами была разработана анкета для выявления признаков (критериев) атипичного (непродуктивного) кризиса профессионального становления. При разработке анкеты мы опирались на критерии и симптомы кризиса профессионального становления, описанные в работах Е. В. Валиуллиной, Э. Ф. Зеера, Э. Э. Сыманюк, А. Р. Фонарева, В. Р. Манукян и др.

На основе анализа научной литературы нами выделены типичный (продуктивный) и атипичный (непродуктивный) кризис профессионального становления, которые характеризуются следующими признаками.

Типичный кризис профессионального становления (продуктивный, характерный, обычный, естественный, нормальный) – благополучное прохождение кризиса, когда происходит такая трансформация ценностно-смысловой сферы, где она становится ориентированной на ценности и смыслы профессиональной деятельности и это выступает условием для формирования у студентов деонтологического комплекса.

Атипичный кризис профессионального становления (непродуктивный, нехарактерный, нетипичный, несоответствующий ожиданиям относительно большинства рассматриваемых случаев) – неблагополучное прохождение кризиса, связанное с болезненным переживаниями правильности выбора будущей профессии, взаимодействия с новой социальной группой, переживание себя как субъекта образовательной деятельности и т.д. Другими показателями (критериями) атипичного кризиса являются нарушения адаптации к образовательной среде, к новому виду деятельности, что все вместе приводит к нарушению интернализации и интериоризации объективно заданных ценностей профессиональной деятельности, препятствует образованию профессиональных смыслов и целей профессионального развития.

Все психологические симптомы (критерии) атипично (непродуктивно) протикающего кризиса профессионального становления можно разделить на две основные группы:

Первая группа включает в себя снижение интереса к выбранной профессиональной деятельности – успеваемость, посещаемость занятий, снижение познавательного мотива, неуверенность в достижении успеха в выбранной профессии, появления сомнения в правильности выбранной профессии, нежелание в дальнейшем работать по выбранной профессии.

Вторая группа включает в себя ухудшение психологического и физического самочувствия, снижение самооценки, появления симптомов тревоги, нарастания психического напряжения, субклиническое снижение

настроения, ощущение постоянной усталости, разбитости (усиливающееся во второй половине дня), раздражительность.

В дальнейшем студенты были опрошены при помощи разработанной нами анкеты, которая показала высокую чувствительность к выявлению симптомов (признаков) профессионального кризиса.

Методы исследования. В исследовании принимали участие студенты специальности «Клиническая психология» 1-6 курсов дневной формы обучения социально-психологического института Кемеровского государственного университета в количестве 124 человек. Характеристика выборки – в исследовании принимали студенты в возрасте от 17 до 25 лет, из которых 15 % испытуемых мужского пола и 85 % женского, диагностирован атипичный (непродуктивный) кризис профессионального становления у 41 % студентов. Далее группа с типичным (продуктивным) кризисом профессионального становления будет обозначена нами как группа 1, с атипичным (непродуктивны) кризисом профессионального становления как группа 2.

Для изучения личностных характеристик и уровня личностного развития, степени сформированности ценностно-смысловой сферы нами была выбрана методика «Самоактуализационый тест» (САТ) в адаптации Л. Я. Гозмана, М. В. Кроза, которая была апробирована кафедре социальной психологии МГУ имени М.В. Ломоносова в 1981-1984 гг. и с тех пор широко применяется психологической науке и практике [14]. Тест состоит из 126 пунктов, каждый из которых включает два суждения ценностного или поведенческого характера. Испытуемому предлагается выбрать то из них, которое в большей степени соответствует его представлениям или привычному способу поведения. Тест измеряет самоактуализацию как многомерную величину. Основными, базовыми шкалами САТ являются «шкала компетентности во времени» и «шкала поддержки». Методологическими положениями, лежащими в основе методики, являются представления К. Роджерса о процессе самоактуализации личности и идеи Ф. Перзла о временных перспективах жизни человека, что в наибольшей степени соответствует цели нашего исследования. Обработка данных осуществлялась с помощью методов математической статистики: t-критерий различия средних Стьюдента. Расчеты проводились с помощью программного пакета STATISTICA 10.

Результаты и обсуждение эмпирического исследования. Из таблицы видно, личностные особенности имеют достоверные различия в обеих группах.

Таблица 1.

Выявление достоверности различий по методике САТ (обеих групп) у испытуемых с использованием t- критерия Стьюдента

Шкала САТ	Группа		Т	Р
	1	2		
Компетентности во времени	48,15	38,47	2,94	0,00
Поддержки	52,84	43,85	3,95	0,00
Ценностных ориентаций	62,10	50,11	3,76	0,00
Гибкости поведения	52,33	45,79	2,10	0,03
Самопринятия	49,94	41,55	2,03	0,04
Контактности	50,84	43,35	2,34	0,02
Креативности	49,69	38,75	2,83	0,00

У студентов, переживающих типичный (продуктивный) кризис профессионального становления более целостное восприятие времени. Существует понимание протяженности жизни из прошлого в настоящее и будущее, чего не выявлено в группе с атипичным (непродуктивным) кризисом профессионального становления, где отсутствует целостное виденье своей жизни, студенты фиксируются на одном из временных промежутков, а сам процесс жизни представляется дискретным.

В группе студентов с типичным (продуктивным) кризисом профессионального становления показатели по шкале поддержка значительно выше, чем в группе с атипичным (непродуктивным) кризисом профессионального становления. Если коротко характеризовать 1-ую группу с учетом показателей этой шкалы, то студенты имеют более, по сравнению с 2-ой группой, независимые ценности, опираются в поведении на собственные убеждения, отличаются более зрелыми суждениями, и более устойчивые к достижению цели. В противовес, для студентов с атипичным (непродуктивным) кризисом профессионального становления более характерно неуверенность в своих действиях, ориентация на ценности других, отсутствие внутренней поддержки, что характеризуют студентов 2-ой группы как менее личностно зрелых.

Комплекс ценностных ориентаций и гибкости поведения в соответствии со шкалами методики наглядно показывают различия в группах и по этим параметрам. В группе с типично (продуктивно) протекающим кризисом профессионального становления, выше уровень интернализации ценностей самоактуализации (примат нравственных ориентиров развития, безоценочное принятие личности другого человека, потребность в самореализации,

воплощении себя в деятельности). При этом студенты 1-ой группы характеризуются большей гибкостью поведения, способностью отсрочить потребности при сохранении цели. Студенты с атипичным (непродуктивным) кризисом профессионального становления менее ориентированы на ценности самоактуализации, а поведение характеризуется меньшей гибкостью, и даже ригидностью при достижении цели, что делает их более конфликтными, не способными отсрочить свои потребности и в социальном плане они, как правило, менее успешны.

Что касается шкалы «Самопринятия», то студентам с атипичными (непродуктивным) кризисом профессионального становления труднее принять себя такими, какие они есть, зачастую они играют самые разнообразные роли в соответствии с социальными ситуациями, нуждами приспособления и по большому счету не имеют потребности к самоактуализации и основной тип адаптации таких студентов пассивное приспособление к условиям среды.

Контактность как эмоционально-насыщенное взаимодействие с другим человеком на основе благожелательности (субъектно-субъектные отношения) наиболее присущи студентам с типичным (продуктивным) кризисом профессионального становления. И это очень важно с точки зрения деонтологических подходов и принципов. Именно искреннее принятие другого человека со всеми его слабостями, сильными сторонами и недостаткам является фундаментальным аспектом деонтологических отношений. При этом, у студентов с атипично (непродуктивно) протекающим кризисом такая способность выражена значительно меньше, что делает проблему воспитания и преодоления кризисных явлений одним из ключевых вопросов воспитательно-образовательного процесса в вузе.

Выводы. Таким образом, проблема психологического сопровождения студентов – клинических психологов лежит в плоскости ранней диагностики и психологической помощи студентам, переживающим атипичный (непродуктивный) кризис профессионального становления. Личностные особенности таких студентов характеризуются невысоким уровнем развития ценностно-смысловой сферы, которая определяет всю систему отношений человека, в том числе, и отношение к пациенту (клиенту), также обуславливает деонтологическое мировоззрение будущего специалиста. Оно выражается в конкретных поступках, имеющих этическое содержание и является неотъемлемой частью деятельности специалистов в области медицины.

Статья написана при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 19-013-00066 «Система идентичности личности учащейся молодежи: динамика, факторы, угрозы».

Литература / References

1. Аршинова, Е.В., Билан, М.А. Динамические аспекты интернализации профессиональных ценностей будущих специалистов деонтологического профиля // Вестник Кемеровского государственного университета. - 2018. - № 4.- С.106–116. DOI: 10.21603/2078-8975-2018-4-106-116
2. Билан, М.А., Григорьева, Е.В., Хакимова, Н.Р. Особенности духовно-нравственных ценностей студентов деонтологического профиля подготовки // Профессиональное образование в России и за рубежом. -2019. -№ 1. - С.127–135.
3. Братусь, Б.С. Нравственное сознание личности (Психологическое исследование). - М.: Знание, 1985. - 64 с.
4. Валиуллина, Е.В. Психологические особенности кризисов профессионального самоопределения в процессе высшего медицинского образования // Вестник Кемеровского государственного университета. -2011. №2.- С.131–134.
5. Зеер, Э. Ф., Сыманюк, Э.Э. Кризисы профессионального становления личности // Психологический журнал. -1997. - Т. 18. -№ 6.- С.35–44.
6. Иванов, М.С., Яницкий, М.С.К проблеме оценки потенциала самореализации личности в процессе обучения // Философия образования.- 2004.- № 3.- С.233–241.
7. Кадыров, Р.В. Ценностно-смысловая сфера личности студентов специальности «Клиническая психология» в период обучения в вузе // Психология обучения.- 2014.- № 8. -С.72–85.
8. Манукян, В.Р. Психологическое содержание и факторы возникновения кризиса профессионального развития у студентов вуза // Психологическая наука и образование.- 2011. -№ 4. -С.109–117.
9. Серый, А.В. Осмысленное отношение к профессиональной деятельности как условие развития профессионально значимых качеств психологов-практиков // Вестник Кемеровского государственного университета. -2005. -№2- С.158–162.
10. Серый, А.В., Яницкий, М.С.Смысловые аспекты переживания кризиса социальной идентичности при вынужденной смене жизненной ситуации // Психологические исследования.[Электронный ресурс]. - 2015.- Т. 8.- № 43.- URL: http://psystudy.ru/index.php/num/2015v8n43/1192-seryi43.html (дата обращения: 25.03.2020).
11. Черменская, Г.Г. Ценностно-смысловые основания и проблема поиска этической составляющей психологического знания // Сибирский психологический журнал. -2011.- № 42. -С.19–28.

12. Шамов, И.А. Врач и больной. - М.: Изд-во УДН, 1986. -168 с.
13. Яницкий, М.С., Серый, А.В. Развитие системы ценностно-смысловых ориентаций личности в профессиональной деятельности специалистов деонтологического статуса // Личность и профессиональная деятельность / под ред. Л. Г. Дикой, Т. Х. Невструевой.- Хабаровск: Изд-во ДВГУПС, 2008.- С.147–159.
14. Яницкий, М. С. Диагностика уровня развития ценностно-смысловой сферы личности: учебное пособие. – Новокузнецк: МАОУ ДПО ИПК, 2010. – 102 с.

ДИАГНОСТИКА И ОЦЕНКА ДИНАМИКИ РАЗВИТИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЛИЦ «ПОЗДНЕГО» ВОЗРАСТА

Е.В. Баринова, Д.В. Вострых, Г.С.Дементьева, И.И. Зорохович
ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер»,
Россия, г. Кемерово

Аннотация: в данной статье представлена актуальная проблема формирования и развития алкогольной зависимости у лиц «позднего» возраста и необходимости ее профилактики. причины и выявление критериев формирования пристрастия к алкоголю.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, «поздний» возраст, здоровье, этиология, социальные факторы.

DIAGNOSIS AND ASSESSMENT OF THE DYNAMICS OF ALCOHOLISM IN LATE-AGED PEOPLE

E.V. Barinova, D.V. Vostrych, G.S. Dementyeva, I.I. Zorokhovich
Kuzbass Clinical Narcological Dispensary, Russia, Kemerovo

Abstract. This article presents the current problem of the formation and development of alcoholism in late-aged people. the causes and identification of the criteria for the formation of addiction to alcohol. and also addresses issues related to the prevention of alcoholism in late-aged people.

Key words: alcoholism, late age, health, etiology, social factors.

В мире существует «относительно низкий уровень обеспокоенности» по вопросам злоупотребления спиртными напитками среди лиц возрастной категории. В связи с тем, что серьезность алкоголизма «позднего» возраста часто недооценивается, его также называют «скрытым алкоголизмом». Согласно прогнозу экспертов Всемирной организации здравоохранения, численность людей в возрасте 65 лет и старше увеличится в Европе с 86,8 млн.

людей в 2010 году до 122.5 млн. в 2030 году. Таким образом, учитывая растущую численность пожилых людей, актуальной задачей является проведение исследования по изучению состояния их здоровья. Лица с алкоголизмом «позднего» возраста составляют треть среди всех алкоголиков старше 65 лет. Согласно имеющимся данным, на протяжении последнего десятилетия уровень потребления алкоголя среди пожилых европейцев вырос, что объясняется комплексом психосоциальных и экономических факторов [1].

Этиологическим фактором алкогольной зависимости в «позднем» возрасте могут быть проблемы со здоровьем, связанные со старением: аффективные расстройства, бессонница, когнитивные нарушения, хронические соматические заболевания. Начало злоупотребления алкоголем также часто совпадает с выходом на пенсию, появлением свободного времени, снижением социального контроля. Принято также считать, что в этиологии раннего алкоголизма основную роль играют генетические факторы, в то время как поздний алкоголизм, в основном, формируется под влиянием социальных факторов [2].

Из-за специфики российской демографической ситуации (средняя продолжительность жизни женщин превышает мужскую на 14 лет) среди женщин второй половины жизни приходится сталкиваться с феноменом «вдовьего» алкоголизма, где факторы состояния эмоциональной утраты и одиночества играет основную роль.

Среди пациентов, зарегистрированных в наркологическом диспансере г.Кемерово в период с 2017 года по 2019 год, количество страдающих алкогольной зависимостью граждан старше 60 лет увеличилась практически вдвое (таблица 1).

Таблица 1.

Статистические сведения о количестве зарегистрированных в ГБУЗ «Кузбасский областной наркологический диспансер» лиц старше 40 лет, страдающих алкогольной зависимостью и злоупотребляющих спиртными напитками, в 2017-2019гг.

Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ	**период**					
	2017		**2018**		**2019**	
	40-59 лет	60 лет и старше	40-59 лет	60 лет и старше	40-59 лет	60 лет и старше
(всего)	649	34	806	61	683	56

из них:						
Синдром зависимости от алкоголя (алкоголизм)	360	21	465	39	409	28
Пагубное (с вредными последствиями) употребление алкоголя	39	1	26	4	51	2
Психотические расстройства, связанные с употреблением алкоголя (алкогольные психозы)	45	8	92	15	31	26

Число зарегистрированных алкогольных психозов среди лиц возрастной группы старше 60 лет также ежегодно возрастает. с психотическими состояниями пациенты попадают непосредственно в специализированное психиатрическое отделение, минуя участкового врача психиатра-нарколога на амбулаторном этапе. После купирования проявлений психоза в психиатрическом отделении, пациенты, в большинстве случаев, врача психиатра-нарколога не посещают, соответственно противорецидивная терапия не проводится и пациент, чаще всего, возобновляет употребление алкоголя. Из-за этого существуют трудности выявления и профилактики алкогольной зависимости у лиц «позднего» возраста.

Следует отметить, что диагностика связанных с алкоголем проблем и алкогольной зависимости у пожилых людей является достаточно сложной задачей, поскольку традиционно используемые инструменты скрининга не адаптированы для лиц старших возрастных групп. К примеру, широко используемый тест AUDIT недостаточно валиден при его использовании для пожилых людей с целью диагностики связанных с алкоголем проблем [3].

Кроме того, проблемы, связанные со злоупотреблением алкоголем у пациентов «позднего» возраста часто маскируются многочисленными проявлениями соматических заболеваний, а врачи первичного звена не всегда направляют таких пациентов к врачу психиатру-наркологу. Поэтому выявить алкогольную зависимость у данной категории пациентов, в большинстве случаев, возможно только при их самостоятельном обращении за психиатрической или наркологической помощью.

Таким образом, можно сделать следующие выводы: распространение алкогольной зависимости у лиц «позднего возраста» в последние годы заметно увеличивается. Врачам первичного звена при проведении диспансеризации не только возможно, но и необходимо выявлять признаки расстройств, связанных с употреблением алкоголя, особенно у лиц пожилого возраста. Следует также

обратить внимание и проводить мероприятия, направленные на организацию досуга для пожилых людей.

Литература / References

1. Абрамов, Д.Е. Сравнительная частота клинических форм алкогольных психозов в пожилом возрасте // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 4. – С.39.
2. Алкогольная болезнь. - М., Изд-во Университета дружбы народов, 1990. - 224с.
3. Тиганов, А.С. Экзогенные психические расстройства. – М., Изд-во «Медицина» - 1999. – 123 с.

ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА В 2018-2019 ГОДАХ

Д.В. Вострых [1], П.И.Никитин[1], Ю.Ю.Кирина[2], И.И.Зорохович[1], А.А.Лопатин[1]

[1] ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г.Кемерово

[2] ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В данной статье рассмотрены вопросы осуществления диагностики потребления наркотических средств и психотропных веществ в образовательных организациях, проведен анализ результатов профилактических медицинских осмотров обучающихся за 2018 – 2019 г., обозначены изменения законодательства, связанные с внесением изменений в Порядок проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ в 2020г.

Ключевые слова: профилактические медицинские осмотры, употребление психоактивных веществ, несовершеннолетние, система ранней диагностики потребления психоактивных веществ.

CONDUCTING PREVENTIVE MEDICAL EXAMINATIONS IN EDUCATIONAL ORGANIZATIONS OF THE SIBERIAN FEDERAL DISTRICT IN 2018-2019

D.V. Vostrykh [1], P.I. Nikitin[1], Yu.Yu. Kirina[2], I.I. Zorokhovich[1], A.A. Lopatin[1]

[1]*Kuzbass Clinical Narcological Dispensary, Russia, Kemerovo*
[2]*Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

Abstract. This article discusses the issues of diagnosing the consumption of narcotic drugs and psychotropic substances in educational institutions, analyzes the results of preventive medical examinations of students for 2018 - 2019, indicates changes in legislation related to amending the Procedure for conducting preventive medical examinations of students in educational institutions. and professional organizations, as well as educational institutions of higher education for the purpose of early detection of illegal consumption of narcotic drugs and psychotropic substances in 2020.

Key words: preventive medical examinations, use of psychoactive substances, minors, early diagnosis system for the use of psychoactive substances.

В 2013 году вступил в силу Федеральный закон от 07.06.2013 № 120-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам профилактики незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ», регламентирующий проведение профилактики незаконного (немедицинского) потребления наркотических средств и психотропных веществ, наркомании, и введение системы раннего выявления употребления наркотических средств и психотропных веществ.

Система ранней диагностики потребления наркотических средств и психотропных веществ включает:

- социально-психологическое тестирование обучающихся, направленное на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ.

- проведение профилактических медицинских осмотров в целях раннего выявления немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Во исполнение требований действующего законодательства Российской Федерации утверждены соответственно: Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 16.06.2014 № 658 «Об утверждении Порядка проведения социально-психологического тестирования лиц, обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также в образовательных организациях высшего образования», Приказ 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» (далее – Порядок).

С 01.09.2020 года вступает в силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.03.2020 № 213 «О внесении изменений в Порядок проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.10.2014 № 581н».

Изменения, которые вносятся в Порядок утверждают перечень психоактивных веществ для определения их наличия в организме обучающихся при проведении II этапа профилактического медицинского осмотра, предусматривают направление биологического объекта в химико-токсикологическую лабораторию (ХТЛ) для проведения подтверждающих химико - токсикологических исследований (ХТИ) вне зависимости от результатов предварительных ХТИ в случае выявления врачом психиатром-наркологом, проводящим осмотр не менее трех клинических признаков опьянения, перечисленных в приказе.

Профилактические медицинские осмотры проводятся на принципах анонимности, добровольности и конфиденциальности.

В рамках проведения профилактических медицинских осмотров в субъектах СФО в 2019 году было обследовано 54179 учащихся различных учебных заведений, в т.ч. в общеобразовательных организациях – 73,6 %, в профессиональных образовательных организациях – 21 %, в образовательных организациях высшего образования – 5,4 %. Количество лиц, у которых было выявлено незаконное потребление наркотических средств и психотропных веществ составило 130 чел. или 0,2 % от числа прошедших тестирование, в т.ч. выявлено употребление опиоидов у 5,4 %, каннабиноидов – у 89,2 %, седативных и снотворных средств – у 2,3 %, стимуляторов – у 2,3 %, др. ПАВ – у 0,8 %.

В первом полугодии 2020 года в субъектах СФО было обследовано 21247 учащихся различных учебных заведений. Количество лиц, у которых было выявлено немедицинское потребление наркотических средств и психотропных веществ составило 56 чел. или 0,3 % от числа прошедших тестирование, в т.ч. выявлено употребление каннабиноидов – у 98,2 %, стимуляторов – у 1,8 %.

Таким образом, за указанный период в СФО наблюдается увеличение количества обучающихся, у которых было выявлено незаконное потребление наркотических средств и психотропных веществ от 0,2% в 2019 году до 0,3% в 2020году, от числа прошедших тестирование. Из общего количества лиц, у которых было выявлено незаконное потребление наркотических средств и психотропных веществ увеличилось количество лиц, употребляющих каннабиноиды.

Таким образом, ежегодное проведение профилактических медицинских осмотров обучающихся в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ позволит обеспечить своевременное профилактическое вмешательство с целью защиты их здоровья (профилактика незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ). создать безопасную образовательную среду. эффективную социализацию обучающихся. формирование законопослушного поведения. поддержание надлежащего правопорядка в обществе.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ В ГОРОДЕ КЕМЕРОВО В 2017-2019 ГОДАХ

Д.В. Вострых, Г.С. Дементьева, А.А. Лопатин, М.Д. Стрелковский
ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер»,
Россия, г. Кемерово

Аннотация. В данной статье проведен сравнительный анализ уровня наркологических расстройств среди населения города Кемерово, зарегистрированных Государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Кузбасский клинический наркологический диспансер». Приведены статистические данные за 2017-2019 годы. Определено, что увеличение числа наркологических расстройств происходит за счет лиц с диагнозом (МКБ-10): F10.2. F10.1. F11.2-F19.2.

Ключевые слова: наркологические расстройства, сравнительный анализ, диагностика заболеваний наркологическими расстройствами.

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE NUMBER OF DRUG-RELATED DISORDERS REGISTERED BY GBUZ «KKND» FOR 2017, 2018, 2019.

D.V. Vostrych, G.S. Dementyeva, A.A. Lopatin, M.D. Strelkovsky
Kuzbass Clinical Narcological Dispensary, Russia, Kemerovo

Abstract. This article provides a comparative analysis of the number of drug-related disorders registered at the state budget health institution Kuzbass Clinical Narcological Dispensary. Statistics for 2017, 2018, and 2019 are provided. It is also determined that the increase in the number of diseases with drug-related disorders occurs at the expense of persons with a diagnosis (ICD-10): F10.2. F10.1. F11.2-F19.2.

Key words: substance abuse disorder, a comparative analysis of diseases associated with drug addiction disorders.

В последние годы в Российской Федерации распространенность употребления психоактивных веществ среди населения продолжает оставаться одной из ведущих социально значимых проблем. В связи с этим одной из важных задач наркологической службы Российской Федерации является выявление среди населения лиц, регулярно, либо эпизодически, употребляющих наркотические средства.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кузбасский клинический наркологический диспансер» (далее – ГБУЗ ККНД) является учреждением наркологической службы в системе здравоохранения Российской Федерации, в котором осуществляется профилактическая, консультативная, лечебно-диагностическая, реабилитационная, экспертная, психологическая, психотерапевтическая помощь.

Структурным подразделением ГБУЗ ККНД является диспансерно-поликлиническое отделение, одной из основных задач которого является диагностика наркологических заболеваний.

Общее число лиц с наркологическими расстройствами, зарегистрированных ГБУЗ ККНД в период с 2017 по 2019 гг. включительно, составило – 7496 (таблица 1).

Таблица 1.

Сравнительный анализ числа наркологических расстройств, зарегистрированных ГБУЗ ККНД в 2017-2019гг.

Наименование	Число заболеваний наркологическими расстройствами, зарегистрированных ГБУЗ ККНД		
	2017 год	2018 год	2019 год
Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ – всего	2432	2431	2633

в том числе: психотические расстройства, связанные с употреблением алкоголя (алкогольные психозы)		93	174	144
Синдром зависимости от алкоголя	всего	843	808	1019
	I стадия	-	-	-
	II стадия	843	808	1019
	III стадия	-	-	-
Синдром зависимости от наркотических средств	всего	898	837	859
	опиоидов	737	626	679
	каннабиноидов	54	61	65
	психостимуляторов	29	36	35
	других наркотиков и их сочетаний	78	114	80
Синдром зависимости от ненаркотических психоактивных веществ		3	2	-
Пагубное (с вредными последствиями) употребление	алкоголя	401	402	450
	наркотических средств	172	188	124
	ненаркотических ПАВ	22	20	37

Приведенные данные свидетельствуют о том, что в 2019 году регистрация наркологических расстройств в ГБУЗ ККНД увеличилась (риС.1) за счет:

1. лиц с диагнозом: «Синдром зависимости от алкоголя» (≈ на 26% по отношению к 2018 году).
2. лиц с диагнозом: «Пагубное с вредными последствиями употребление алкоголя» (≈ на 12% по отношению к 2018 году).
3. лиц с диагнозом: «Синдром зависимости от наркотических веществ» (≈ на 2% по отношению к 2018 году).

На фоне увеличения числа лиц с зарегистрированных наркологическими расстройствами отмечается снижение числа лиц (по отношению к 2018 году ≈ на 18%) с психотическими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ (рис.2).

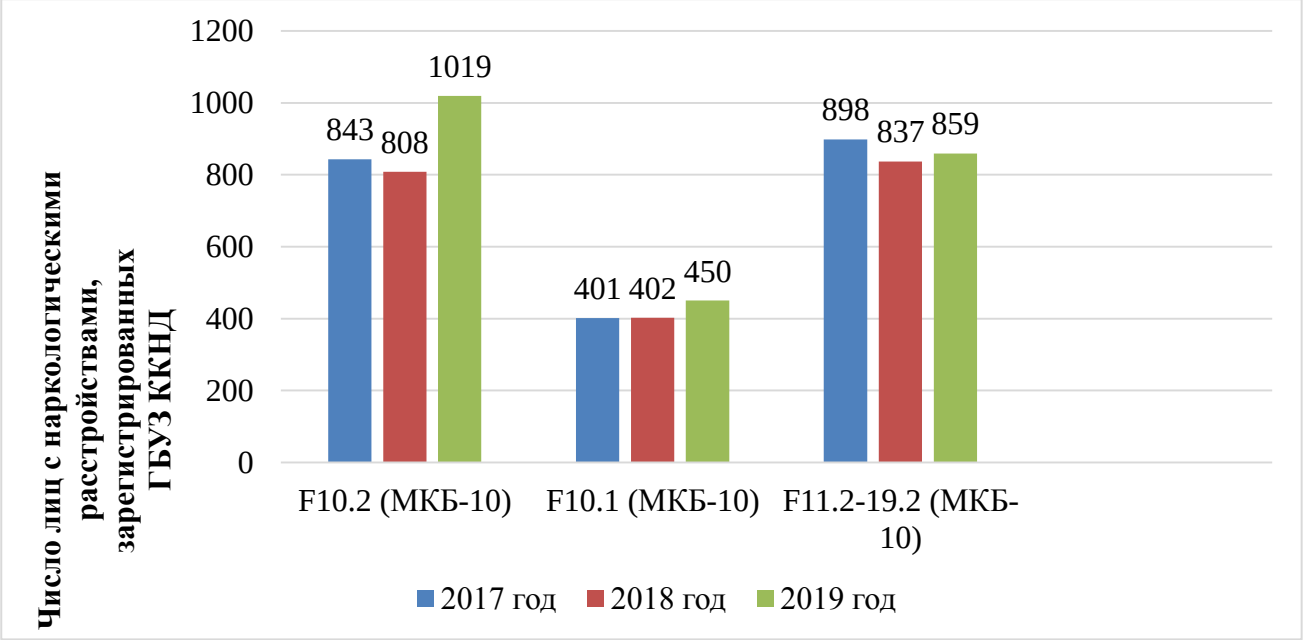


Рис.1. Число наркологических расстройств в ГБУЗ ККНД

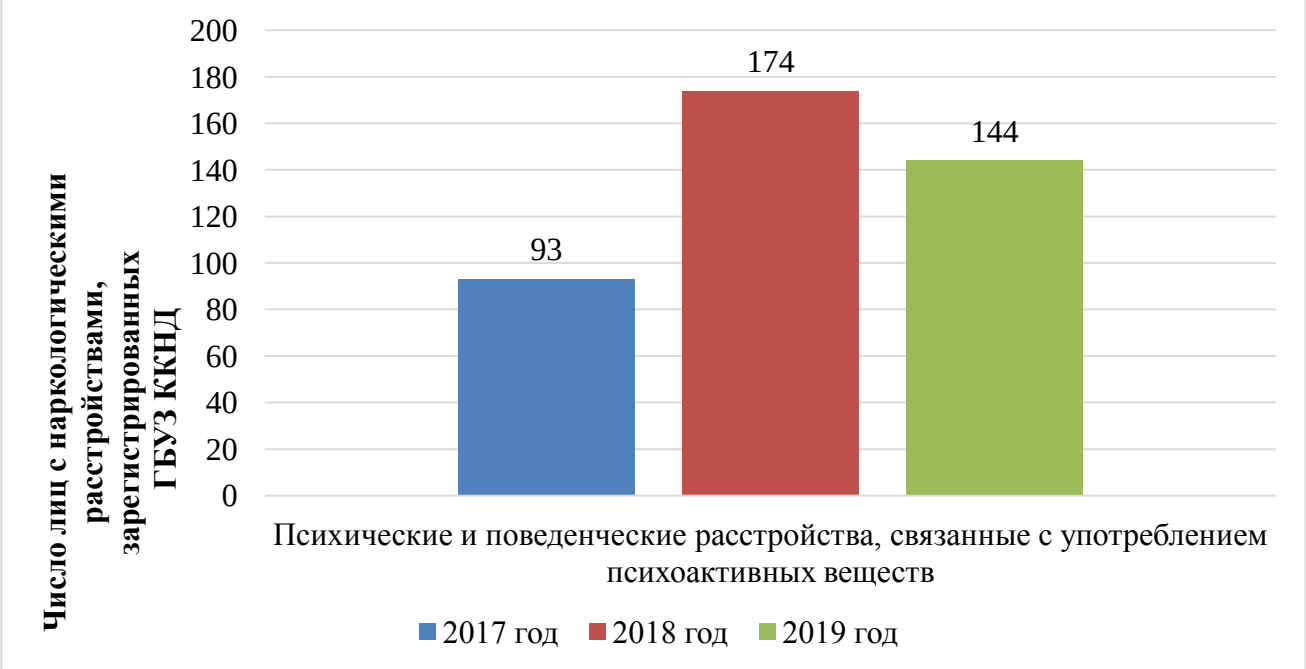


Рис.2. Число лиц с психотическими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ

Данный факт обусловлен: улучшением показателя по раннему выявлению и диагностике заболеваний наркологическими расстройствами у лиц до того, как возникнут тяжелые медицинские проблемы вследствие злоупотребления спиртными напитками и употребления наркотических средств, в виде психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ. слаженным взаимодействием между всеми

заинтерисованными организациями, структурами и ведомствами, в том числе с правоохранительными органами.

На базе ГБУЗ ККНД продолжается работа, направленная на диагностику наркологических расстройств, а также межведомственное взаимодействие с внедрением новых форм сотрудничества, направленных на выявление среди населения лиц, употребляющих наркотические средства, психотропные вещества или злоупотребляющих алкоголем.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

М.В. Гееб, И.В. Иванец

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. Первый психотический эпизод при шизофрении является этапом болезни, когда происходит актуализация наиболее выраженных клинических проявлений процесса, обусловленного эндогенными нейробиологическим изменениями. В связи с этим особый интерес представляет клиника болезни на догоспитальном этапе ее течения. В данном исследовании представлена клиника заболевания на разных её периодах в период пандемии коронавирусной инфекции (COVID-19).

Ключевые слова: шизофрения, психотическое расстройство, первый психотический эпизод, догоспитальный этап, психопатологические симптомы, галлюцинации, аффект, бред, кататония, автоматизмы.

PREHOSPITAL MENTAL DISORDERS IN PATIENTS WITH THE SCHIZOPHRENIC SPECTRUM IN THE CONTEXT OF THE COVID-19 PANDEMIC

M. V. Geeb, I. V. Ivanets

Of the Kemerovo state medical University Ministry of health of the Russian Federation, Kemerovo, Russia

Abstract. The first psychotic episode in schizophrenia is a stage of the disease when the most pronounced clinical manifestations of the process due to endogenous neurobiological changes are actualized. In this regard, the clinic of the disease at the pre-hospital stage of its course is of particular interest. This study presents the clinical

picture of the disease at different periods during the coronavirus pandemic (COVID-19).

Key words: schizophrenia, psychotic disorder, first psychotic episode, pre-hospital stage, psychopathological symptoms, hallucinations, affect, delusion, catatonia, automatism.

Введение. Раннее выявление психических расстройств способствует более благоприятному прогнозу, как в клиническом, так и в социальных аспектах и, в конечном итоге, является ресурсосберегающим. Кроме того, первые психотические эпизоды сопровождаются нейротоксическим эффектом, приводящим к усилению нейрокогнитивного дефицита и ряду тонких морфологических изменений головного мозга [1, С.90].

Цель исследования. Изучение психопатологических особенностей на догоспитальном этапе у пациентов, с первым психотическим эпизодом на фоне пандемии COVID-19.

Материалы и методы исследования – были проанализированы 30 историй болезни пациентов, впервые поступившие в КОКПБ с диагнозом: острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении 47% (14чел.), шизофрения параноидная 53% (16 чел.).

Результаты и их обсуждение. Вся выявленная психопатологическая симптоматика обследованных была разделена на 2 группы. В 1 группу вошли симптомы преморбидного периода, такие как: детские страхи - 30% (9 чел.), потеря прежних интересов - 13% (4 чел.), психопатоподобное поведение - 26% (8 чел.), «философская интоксикация» - 13% (4 чел.), повышенная склонность к фантазированию - 10% (3 чел.), расстройства влечений - 6% (2 чел.), двигательные и речевые стереотипии - 3% (1чел.), дисморфомания/фобия - 6% (2 чел.). В остальных случаях (40%-12 чел.) в анамнезе не были обнаружены какие-либо психопатологические проявления, кроме периодически возникающих колебаний аффективности и соответствующих им повышенной склонности к общению или уединению.

Вторая группа симптомов явно свидетельствовала об остроте процесса, куда наряду со структурными нарушениями мышления, вошли галлюцинации - 66% (20 чел.), в том числе вербальные псевдогаллюцинации императивного характера - 35% (7 чел.), комментирующего - 15% (3 чел.), антагонистического - 10% (2 чел), угрожающего - 25% (5 чел.), а также вербальные псевдогаллюцинации «неизвестного» содержания - 15% (3 чел.)). Бредовые идеи были обнаружены у 21человек, в том числе бред преследования – 62% (13 чел.), ипохондрический – 14% (3 чел.), величия – 9% (2 чел.), воздействия –

28% (6 чел.), предсказательский – 14% (3 чел.), греховности – 5% (1 чел.), особого значения – 9% (2 чел.), сутяжничества – 5% (1чел.). Идеаторные и двигательные автоматизмы были у 43% (13 чел.) и 16% (5 чел.) соответственно. Симптомы кататонии у 16% (5 чел.) и явления недоступности у 13% (4 чел.). У 6% (2 чел.) из общего количества, отмечались бредовые идеи персекуторного характера с вовлечением в фабулу бреда новой короновирусной инфекции.

Таким образом, несмотря на яркий дебют у 100 % больных шизофренией, лишь у 60% из них в преморбиде выявлялась характерная психопатологическая симптоматика. Что свидетельствуют о том, что течение преморбидного периода у больных шизофренического спектра протекает совершенно на других (функциональном, энергетическом, нейробиологическом и т.д.) уровнях. Условия пандемии COVID-19 не оказали значительного влияния на содержание психопродуктивной симптоматики пациентов.

Литература / References

1. Волкова, И.П. Первый психотический эпизод: клинико-катамнестическое исследование [Текст] / И.П. Волкова // Социальная и клиническая психиатрия. – Москва, 2011. -Том 21, выпуск №4.- С.90-92.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АУДИОВИЗУАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ В ПСИХОТЕРАПИИ ПАНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Г.М. Говорова, О.В. Дарсалия, В.А. Борисова, И.И. Зорохович
ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г.Кемерово

Аннотация. Представлен опыт применения аудиовизуальной стимуляции (АВС) для усиления терапевтического эффекта при лечении панических расстройств.

Ключевые слова: АВС (аудиовизуальная стимуляция), панические атаки, аудиовизуальный комплекс «Диснет», альфа-диапазон, биоэлектрическая активность головного мозга.

EXPERIENCE OF APPLICATION ABC IN PSYCHOTHERAPY OF PANIC DISORDERS.

G.M. Govorova, O.V. Darsalia, V.A. Borisova, I.I. Zorokhovich
Kuzbass clinical narcological dispensary, Kemerovo, Russia.

Abstrac. The article presents the experience of using audiovisual stimulation to enhance the therapeutic effect in the treatment of panic disorders.

Key words: ABC (audiovisual stimulation), panic attacks, audio-visual complex «Disnet», alpha-range, bioelectric activity of the brain.

Задачи разработки новых форм психотерапии больным с паническими расстройствами являются в наше время весьма актуальными и востребованными. Распространенность панических атак по данным эпидемиологических исследований на 2018 год составляла 1,9 – 3 % населения, а в 2019 году они наблюдались уже у 7 – 9 % населения Земли. И с каждым годом этот процент только увеличивается, что, в свою очередь, подтверждается ростом обращаемости пациентов с паническими атаками за специализированной помощью.

Панические атаки относятся к группе тревожных расстройств, раньше они назывались невротическим состоянием, потом появилось другое определение – «нейроциркуляторная дистония» или «вегето-сосудистая дистония». Данное заболевание, склонное к хронизации, манифестирует в молодом, социально-активном возрасте (25-45 лет) и в 2-3 раза чаще наблюдается у женщин. Около 50% людей, хотя бы раз в жизни испытывали паническую атаку, а на фоне пандемии COVID-19 частота и интенсивность таких приступов увеличилась во много раз.

Одним из эффективных методов лечения панических атак является психотерапия, как индивидуальная, так и групповая. С 2013 года наряду с рациональной, когнитивно-поведенческой, суггестивной, NLP психотерапией для лечения пациентов с паническими расстройствами в отделении кризисных состояний (ОКС) ККНД начали использовать аудиовизуальный комплекс (АВК) «Диснет». Комплекс состоит из светозвукового импульсного терминала, монитора и набора видео-, аудио- и аутогенных сеансов и комплект для комплексной аудиовизуальной стимуляции (АВС) «профессиональный», включающий расширенный набор лицензионных программ, наушники, очки.

Аудиовизуальный комплекс «Диснет» позволяет проводить групповые сеансы комплексной аудиовизуальной стимуляции. В ОКС оборудование установлено в помещении, имеющем затемнение и количество кресел по числу участников группы. Комплект «профессиональный» используется в индивидуальной психотерапии. Оба аудиовизуальных комплекса создают для пациентов лечебное светозвуковое пространство, созданное мерцающим светом и музыкой. Процедура АВС является проводником для усвоения пациентом терапевтических внушений. Полностью загружая зрительный и слуховые

каналы восприятия, АВС осуществляет переориентацию пациента с окружающего мира на внутренние впечатления и переживания, позволяя ритму пульсаций увлечь внимание, захватить воображение.

Аудиовизуальная терапия способствует активизации и интеграции работы участков головного мозга, отвечающих за различные аспекты видения и слушания, что позволяет оптимально раскрыть потенциальные возможности и ресурсы организма человека.

Для лечения пациентов в ОКС применяется метод АВС с использованием следующих программ: «Антидепрессант-альфа», настраивающей биоэлектрическую активность головного мозга на спокойствие и безмятежность. «Альфа-полет», создающей мощное ресурсное состояние и «Программатор», настраивающей биоэлектрическую активность головного мозга на состояние, восприимчивое к внушению позитивных установок.

Точкой приложения программ являются панические состояния, возникающие на фоне хронической внутренней тревоги и напряжения. Программы построены с преобладанием ритмов в альфа-диапазоне 8,6–10 Гц и тета-диапазоне с преобладанием ритмов в 4,5–7 Гц.

С целью оценки эффективности АВС сеансы психотерапии с использованием различных программ были проведены 26 пациентам (из них 21 женщина и 5 мужчин) в возрасте от 23 до 46 лет. Общий курс психотерапии с АВС составлял 15 сеансов продолжительностью 60 минут ежедневно (5 сеансов в неделю). Предварительно с пациентами проводились разъяснительные беседы о психофизиологическом воздействии АВС и обсуждались возможные ближайшие и отдаленные результаты терапии.

Все пациенты перед началом сеансов проходили психологическое исследование с целью диагностики психического состояния (тест MMPI, цветовой тест Люшера, опросник депрессивного состояния Бехтеревского института, проективные методы). Результаты исследований свидетельствовали о высоком уровне личностной и ситуативной тревоги (7 шкала тревоги MMPI более 70 Т баллов), внутреннем напряжении, беспокойстве, пониженном фоне настроения, наличии соматических жалоб различной локализации (1 шкала MMPI от 65 до 73 Т баллов), снижении активности и продуктивности.

Аудиовизуальная стимуляция в альфа-диапазоне приводила к релаксации, исчезновению спастических болей и мышечных зажимов, нормализации артериального давления. Стимуляция в тета-диапазоне усиливала творческие способности, снимала эмоциональную «зацикленность», способствовала выработке бета-эндорфинов, создавала анальгетический эффект.

Эмоциональные впечатления от АВС были легко запоминающимися и воспроизводимыми самостоятельно в памяти по ассоциативному пути. В дальнейшем регулярная тренировка с АВС способствовала выработке условного рефлекса на поддержание спокойно-внимательного состояния без излишнего напряжения и тревоги. Таким образом, реализовывался эффект «научения» поддержания «альфа-состояния». Оказавшись в эмоционально-стрессовой ситуации, почувствовав спонтанное усиление симптоматики, пациенты не впадали в панику и тревогу, как раньше, а интуитивно вспоминали «альфа-состояние», проводя эмоциональную составляющую своего заболевания.

После первых сеансов психотерапии 2 пациента отказались от прохождения курса АВС, ссылаясь на индивидуальную непереносимость мерцающего света и звуковых ритмов в виде интенсивно нарастающего чувства раздражения.

В результате проведения курса психотерапии с АВС 3 пациента не отметили существенного изменения самочувствия. У 21 пациента (18 женщин и 3 мужчин) наблюдалась позитивная динамика улучшения состояния со снижением уровня тревоги, изменением фона настроения с преобладанием оптимистических тенденций, повышением активности и инициативности, что подтверждалось результатами психологических исследований. На уровне субъективной самооценки пациенты отмечали изменения своего самоощущения: «Стал более спокойным», «Научился управлять своими страхами», «Научилась расслабляться», «Стала более уверенной в себе», «Голова стала яснее», «Тревога и беспокойство покинули меня окончательно».

Данный опыт свидетельствует об эффективности и целесообразности проведения психотерапии панических расстройств с применением аудиовизуальной стимуляции, учитывая позитивные изменения психического состояния и улучшение качества жизни пациентов, а также увеличение сроков ремиссии.

МОТИВАЦИОННОЕ ИНТЕРВЬЮ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ С КОМОРБИДНОЙ ЭНДОГЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Г.Л. Гуревич[1], Т.В. Агибалова[1,2], О.Ж. Бузик[2], О.В.Рычкова[3]

[1]*ФНМО Медицинского института РУДН, Россия, г.Москва*

[2]*ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», Россия, г.Москва*

[3]*Московский Государственный Психолого-Педагогический Университет, Россия, г. Москва*

Аннотация. В данной статье представлены результаты использования и адаптации мотивационного интервью применительно к больным алкогольной зависимостью с коморбидной эндогенной патологией в зависимости от стадии мотивации изменений. Показано, что изученные нами пациенты, по сравнению с больными алкогольной зависимостью без коморбидной эндогенной патологии, в большей степени испытывают дефицит причинно-следственных связей между их употреблением алкоголя и психической нестабильностью.

Ключевые слова: синдром зависимости от алкоголя, коморбидная эндогенная патология, мотивационное интервью.

MOTIVATIONAL INTERVIEW IN PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE AND COMORBID ENDOGENOUS DISORDERS

G.L. Gurevich[1], T.V. Agibalova[1,2], O.Zh. Buzik[2], O.V. Rychkova[3]

[1]*FNMO Medical Institute of the People's Friendship University of Russia, Russia, Moscow*

[2]*GBUZ «Moscow Research and Practical Centre for Narcology of the Moscow Department of Public Health», Russia, Moscow*

[3]*Moscow State University for Psychology and Education, Russia, Moscow*

Abstract. This article presents findings of motivational intervieweing use and adjustment for alcohol-dependent patients with comorbid endogenous disorders depending on the motivation for change stages. In conrast to alcohol-dependent patients without comorbid endogenous conditions, the patients observed exhibited stronger deficit in understanding causal relationships between the use of alcohol and lack of mental stability.

Key words: alcohol dependence, comorbid endogenous disorders, motivational interview.

Введение. Мотивационное интервью (МИ) предназначено для работы с больными с зависимостью от алкоголя на разных этапах лечения заболевания, направлено на мотивирование пациента к следованию той или иной программе лечения, является условием достижения эффективности последующих лечебных мероприятий: психофармакотерапии, психотерапии [1-9, 15]. Мотивационное интервью всегда нацелено на формирование, поддержание и усиление мотивации на полный отказ от приема алкоголя через поэтапный перевод мотивировки отказа от алкоголя (словесная установка на трезвость, высказываемая больным под внешним давлением семьи, работы и т. д.) в

истинный мотив отказа от алкоголя как полноценную потребность в трезвой жизни. При проведении психотерапии не допускается противопоставление психотерапевтического и психофармакологического лечения.

Данный вид интервенций активно разрабатывается в зарубежной литературе [10-15]. Отечественные авторы также вносят свой вклад в ее разработку, причем интерес к ней проявляют как клиницисты, так и психологи [1-9].

Целью данного исследования стала адаптация МИ применительно к больным алкогольной зависимостью с коморбидной эндогенной патологией в зависимости от стадии мотивации изменений.

Для решения поставленной цели на базе Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный научный центр наркологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «ННЦ наркологии» Минздрава России) и Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Психиатрическая больница № 13 Департамента здравоохранения города Москвы (ГБУЗ ПБ № 13 ДЗМ) был набран клинический материал по критериям включения и невключения. Обязательным критерием было подписание пациентами информированного согласия на участие в исследовании. Все участники исследования были ознакомлены с целью и задачами исследования и дали информированное согласие на участие в нем.

В ходе работы первоначально было изучено 312 больных, из которых выбрано 227 пациентов, мужчин, у которых сформирована зависимость от алкоголя, средней стадии, соответствующая критериям МКБ-10 (F10.xx) в сочетании с коморбидной эндогенной патологией, соответствующей критериям включения / невключения. Остальные 85 больных не вошли в исследование по следующим причинам: у 64 из них на фоне алкогольной зависимости и коморбидного эндогенного заболевания были выявлены другие виды зависимости: злоупотребление каннабиноидами (52 человека), амфетаминами (12 человек). у 21 человека отсутствовала средняя стадия алкогольной зависимости (диагностирована начальная). Таким образом, в исследование вошло 227 человек, которые были поделены на группы в зависимости от наличия коморбидного эндогенного заболевания.

Все пациенты были разделены на две группы. Первая группа – больные, у которых была выявлена алкогольная зависимость с коморбидной параноидной шизофренией (ПШ) – 154 человека. Вторая группа – пациенты с алкогольной зависимостью, страдающие биполярным аффективным расстройством (БАР) – 73 человека. Все больные прошли стационарный курс лечения, а также

наблюдались амбулаторно в ГБУЗ ПБ № 13 ДЗМ и ФГБУ «ННЦ наркологии» Минздрава России.

Результаты исследования. Теоретической основной мотивационного интервью стала модель «стадий изменения», предложенная Prochaska J.O., DiClemente C.C. [11, 13,14]. Модель выходит за пределы какой-либо единой концепции и носит скорее эмпирический характер. Широкое распространение получило выделение ряда стадий, отражающих изменения мотивации в процессе изменения субъектом своего поведения. Обычно выделяют шесть стадий изменений: стадия предварительных размышлений, стадия размышления, стадия принятия решения или планирования, стадии действий, стадия поддержки и стадия рецидива [10]. причем движение по этим стадиям возможно в любую сторону, а в целом может быть оценено как цикличное.

Рассмотрим подробнее данные эмпирически установленные стадии (фазы) процесса изменений поведения, применительно к нашей выборке пациентов с коморбидной эндогенной патологией. Если говорить о реальном обращении пациента за помощью, то первая стадия - ***предварительных размышлений*** *(precontemplation)* – протекает обычно без участия врача или иного а, связана с рождающимся критическим отношением больного к своей патологии и осознанием ситуации как проблемной. На данной стадии возможности терапевтического влияния крайне ограничены, и реальными можно полагать только влияния через факторы окружающей среды (например, потеря работы, преследование законом) или влияния таких внутренних факторов как вторично возникающие эмоциональные и физические нарушения. Иногда на данной фазе положительное значение имеет информирование, в том числе – осуществляемое врачом. У пациентов с коморбидной эндогенной патологией эта стадия длится дольше, чем у пациентов с алкогольной зависимостью без коморбидной патологии. Врачу на этой стадии работы с больными алкогольной зависимостью с коморбидной патологией требуется больше применять техники отражения, что стимулирует размышления пациентов о своем употребление алкоголя. Эти размышления могут сыграть уникальную роль для некоторых пациентов, которые нуждаются в помощи при организации своего мышления. В той степени, что врач организует фрагментированные или неорганизованные мысли в отражении, пациент имеет больше шансов представлять свои мысли в более последовательной манере. Некоторые пациенты даже испытывают облегчение, когда слышат, как врач высказывает их собственные идеи кратко в отражении. Точно так же, частое использование открытых вопросов стимулирует интерес к идеям пациента, стимулирует артикуляцию мыслей, которые в противном случае могли

быостаться невыраженными. При правильном проведении стадии предварительных размышлений пациент переходит в стадию ***размышлений*** *(«contemplation»)*, где он сосредоточен на самонаблюдении, анализирует свое состояние, поведение, потребление алкоголя, реакцию окружающих на свое потребление, пагубные последствия зависимости, пытается сформулировать собственные цели и, все более осознанно ищет общения со специалистами для анализа своей ситуации и поиска формы помощи. В случае если обращение к врачу инициировано другими людьми из окружения больного, не исключено, что он попадает в поле зрения врача на этапе предварительных размышлений. В этом случае, от того, насколько эффективно удается перевести больного на этап истинных размышлений, полностью зависит эффективность дальнейших терапевтических мероприятий. Если фаза размышлений прошла продуктивно, то за ней следует ***планирование*** своих действий или ***принятие решения*** *(«planning»)*, и в период данной фазы происходит стимуляция со стороны врача выбора пациентом предпочтительной модели лечения, тактики лечения, иных действий, направленных на изменение своего поведения. На данном этапе принципиальное значение имеет информирование пациента о существующих способах лечения алкогольной зависимости, предоставление ему возможности выбора и указание ограничений и ожидаемых эффектов.

Затем наступает ***стадия действий*** *(«action»)*, где пациент реализует сформированный ранее план по выбору. Число действий, предпринятых больным и работающим с ним специалистом (или специалистами), может быть различным по объему, включать широкий набор мероприятий не только психофармакотерапии, но и по обучению навыкам и умениям, необходимым для ведения самостоятельного образа жизни без зависимости (путем релаксации, тренинга уверенного поведения, навыкам разрешения конфликтов, др.), совместного планирования будущего на различный срок, вплоть до длительного курса личностно-реконструктивной психотерапии.

Очень важной авторы модели МИ полагают стадию ***поддержки*** («*maintenance*»), где имеется в виду поддержание лечебных целей, причем не только усилиями пациента и врача, но и ближайшего социального окружения [1]. На данной стадии необходимы мероприятия, минимизирующие риск рецидивов, в том числе - формирование особого стиля отношения к провоцирующим ситуациям, навыков наблюдения, самонаблюдения и избегания критических ситуаций, тренинг навыков отказа и противодействия давлению среды. Необходимы тренинги тех навыков и умений (саморегуляции, уверенного или конфликтно-разрешающего поведения, иные), которые, в конечном счете, помогают предотвратить и преодолеть рецидив. Из-за

когнитивных нарушений, связанных с эндогенными психическими заболеваниями, изученные нами пациенты, по сравнению с больными алкогольной зависимостью без коморбидной эндогенной патологии, еще в большей степени испытывают дефицит причинно-следственных связей между их употреблением алкоголя и психической нестабильностью. Они нуждаются при проведении МИ в большей степени в том, чтобы развивать и другие стратегии выживания, чтобы заменить употребление алкоголя. Они, по сути, «застревают» в неадекватных моделях поведения. Именно по этим причинам, вмешательства с использованием МИ стимулируют развитие альтернативных моделей поведения на стадии поддержки.

И, наконец, ***стадия рецидива*** *(«relapse»)*, столь часто встречающаяся при лечении зависимости, когда при неблагоприятном стечении обстоятельств пациент отказывается от терапии. Важно подчеркнуть, что такие случаи не рассматриваются как катастрофа, но лишь как повторение цикла (заметим, что возврат цикла назад возможен с любой его точки).

Для теоретического осмысления эмпирически установленных закономерностей, и для теоретического же обоснования МИ позже были использованы некоторые иные идеи:

- клиент-центрированная психотерапия по К. Роджерсу,
- теория «когнитивного диссонанса» К. Фестингера,
- теория самовосприятия Д. Бема.
- концепт «самоэффективности» А. Бандуры.
- технологии МИ обосновываются с опорой на методологию когнитивно-бихевиоральной психотерапии (КБТ).

Однако неизменно сохраняется опора на не принадлежащую к какой-либо теории модель стадий изменения, которая приведена нами выше. Ниже мы приводим таблицы, в которых отражены основные цели МИ, сформулированные в зависимости от той стадии, на которой находится конкретный пациент (Таблица №1) и основные технологические приемы мотивационного интервью.

Таблица №1.

Цели МИ, адаптированные применительно к больным алкогольной зависимостью с коморбидной эндогенной патологией в зависимости от стадии мотивации изменений

Стадия мотивации изменений, на которой находится пациент	**Цель мотивационного интервью**
Стадия предварительных размышлений.	- вызвать сомнения в отсутствии проблем, связанных с употреблением алкоголя

	- помочь пациенту осознать опасности употребления алкоголя через информирование - стимуляция мышления пациента через эмпатическое отражение
Стадия размышления об изменениях	- поддержать мысли о возможном изменении поведения, - структурировать ожидаемые изменения
Стадия «принятие решений»	- помочь укреплению намерения изменить образ поведения (подключить к этому других людей из терапевтической группы, родственников)
Стадия действия	- помочь в выборе лучшего из возможных путей действий в поддержании трезвого образа жизни и структурировании этих действий.
Стадия поддержки	- совместный выбор и использование противорецидивной методики или техники. - поиск альтернативных моделей поведения.
Стадия «срыв (рецидив)»	- уменьшить негативные эмоциональные последствия срыва, - подготовить пациента к возврату на стадию предварительных размышлений

При проведении МИ необходимо соблюдать особый стиль или «дух» МИ, о котором говорят как об основанном на трех основных элементах:

- сотрудничество между пациентом и врачом,

- продуцирование и выявление присущих пациенту мыслей по поводу необходимого изменения,

- акцентирование автономии (и ответственности) пациента в ходе осуществляющихся изменений.

Используемые конкретные техники являются логическим продолжением этого стиля, его практическим воплощением. Перечислим основные техники, используемые при проведении мотивационного интервью: выражение эмпатии, установление раппорта, использование открытых вопросов, рефлексивное слушание, формирование программы изменений, содействие готовности к изменениям, извлечение самомотивирующих формулировок пациента, обнаружение амбивалентности, баланс решений (или «решетка принятия решения»), информирование и совет больному, планирование изменений, вычленение приоритетов, анализ и акцентирование различий, усиление переживания самоэффективности, поддержка усилий пациента, работа с сопротивлением, уклонение от дискуссии, утилизация опыта срыва (рецидива).

Обсуждение и выводы. Таким образом, для больных алкогольной зависимостью с коморбидной эндогенной патологией наибольшую адаптацию

психотерапевтических подходов претерпели стадия предварительных размышлений, размышления об изменениях и стадия поддержки.

Врачу на стадиях предварительных размышлений и размышления об изменениях для работы с больными алкогольной зависимостью с коморбидной патологией требуется больше применять техники отражения, что стимулирует размышления пациентов о своем употребление алкоголя. Эти размышления могут сыграть уникальную роль для некоторых пациентов, которые нуждаются в помощи при организации своего мышления. В той степени, что врач организует фрагментированные или неорганизованные мысли в отражении, пациент имеет больше шансов представлять свои мысли в более последовательной манере.

Из-за когнитивных нарушений, связанных с эндогенными психическими заболеваниями, изученные нами пациенты, по сравнению с больными алкогольной зависимостью без коморбидной эндогенной патологии, еще в большей степени испытывают дефицит причинно-следственных связей между их употреблением алкоголя и психической нестабильностью. Они нуждаются при проведении МИ в большей степени в том, чтобы развивать и другие стратегии выживания, чтобы заменить употребление алкоголя. Они, по сути, «застревают» в неадекватных моделях поведения. Именно по этим причинам, вмешательства с использованием МИ стимулируют развитие альтернативных моделей поведения на стадии поддержки.

Для воплощения адаптированных целей при проведении МИ у больных алкогольной зависимостью с коморбидной эндогенной патологией следует применять дополнительные психотерпевтические подходы:

1. Использование структурированных упражнений, которые объединяют как вербальные, так и визуальные формы обработки информации.
2. Использование подсказок, приведение примеров, а также приведение перечня вариантов изменений алкогольного поведения в случае необходимости.
3. Необходимость более часто пересматривать и напоминать о прошлых темах обсуждения.
4. Необходимость опираться на краткосрочные цели.

Литература / References

1. Агибалова, Т.В., Бузик, О.Ж., Орлова, А.В., Насонкина, О.М. Мотивационное интервью и его модификации для разных категорий наркологических пациентов // Т.В. Агибалова, О.Ж. Бузик, А.В. Орлова, О.М.

Насонкина Человек и лекарство / Сборник материалов XXVI Российского национального конгресса «Человек и лекарство». - М., 2019.- С.96.

2. Агибалова, Т.В., Голощапов, И.В., Рычкова, О.В. Комплаенс-психотерапия больных с алкогольной зависимостью. -Наркология. 2010. - №3.- С.58–64.

3. Агибалова, Т.В., Гуревич, Г.Л., Кузнецов, А.Г., Рычкова О.В. Применение мотивационного интервью в наркологической практике. Методические рекомендации для врачей психиатров-наркологов, психиатров, психотерапевтов, клинических психологов.- ФГУ ННЦ наркологии МЗСР, 2012. - 34 с.

4. Агибалова, Т.В., Рычкова, О.В., Гуревич, Г.Л., Кузнецов, А.Г., Тучин, П.В., Вальчук, Д.С.Психотерапевтические подходы к больным опиоидной зависимостью с низкой мотивацией на лечение. Методические рекомендации для врачей психиатров-наркологов, врачей психиатров, психотерапевтов, клинических психологов, специалистов по социальной работе. - ФГУ ННЦ наркологии МЗСР. -2013. -32 с.

5. Агибалова, Т.В., Рычкова, О.В., Гуревич, Г.Л., Кузнецов, А.Г. Применение комплаенс-психотерапии в комплексном лечении больных алкогольной зависимостью. Методические рекомендации для врачей психиатров-наркологов, врачей психиатров, психотерапевтов, клинических психологов. - ФГУ ННЦ наркологии МЗСР. -2012. - 31 с.

6. Агибалова, Т.В., Орлова, А.В. Модификация целей и задач мотивационного интервью для пациентов со злокачественным течением алкогольной зависимости. // В сборнике: Амбулаторная и больничная психотерапевтическая и психосоциальная помощь на современном этапе. Материалы 15-й Всероссийской общественной профессиональной медицинской психотерапевтической конференции и 16-й юбилейной Всероссийской общественной профессиональной медицинской психотерапевтической конференции .// Под редакцией Н.Л. Зуйковой, А.И. Аппенянского, Ю.П. Бойко, Ю.С.Шевченко. - 2019. - С.30-34.

7. Агибалова, Т.В., Тучина, О.Д. Мотивационное интервью в профилактической работе врача первичного звена. //В сборнике: Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы. Научно-практическая конференция. Сборник материалов. / Под редакцией Г.П. Костюка. 2018. - С.236-242.

8. Агибалова, Т.В., Тучина, О.Д. Краткие психотерапевтические интервенции для профилактики синдрома зависимости и употребления спиртного с пагубными последствиями у пациентов широкой медицинской сети

// В сборнике: Психическое здоровье и образование. сборник научных статей по материалам II Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века», 2018. - С.483-485.
9. Крупицкий, Е.М. Краткосрочное интенсивное психотерапевтическое вмешательство в наркологии с позиций доказательной медицины. Неврологический вестник.- 2010.- № 3.- С.25–27.
10. Миллер, У., Роллник. С.Мотивационное консультирование. Как помочь людям измениться.- М.: Эксмо, 2017. -544 с.
11. Прохазка, Д., Норкросс, Д., ди Клементе К. Психология позитивных изменений. Как навсегда избавиться от вредных привычек. -М.: Манн, Иванов и Фербер, 2013.- 320 с.
12. Foxcroft D.R., Coombes L., Wood S. et al. Motivational interviewing for alcohol misuse in young adults. Cochrane Database Systematic Review. 2014. Issue 8: CD 007025.
13. Prochaska, J.O., Norcross, J.C., DiClemente C.C. Applying the stages of change. Psychotherapy in Australia. 2013. №19 (2): 10-15.
14. Prochaska, J.O., Norcross J.C., DiClemente C.C. Changing for Good. New York: Morrow, 1994. 304 p.
15. Smeerdijk, M., Keet R., van Raaij B. et al. Motivational interviewing and interaction skills training for parents of young adults with recent-onset schizophrenia and co-occurring cannabis use: 15-month follow-up. Psychological Medicine. 2015. № 11: 1–10.

СУППОРТИВНАЯ ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

О.В. Дарсалия, А.А. Лопатин, И.И. Зорохович, Г.М. Говорова
ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер»,
Россия, г. Кемерово

Аннотация. В статье представлен пятилетний опыт применения групповой поддерживающей (суппортивной) психотерапии пациентам, страдающим паническим расстройством.

Ключевые слова: суппортивная групповая психотерапия, паническая атака, постгоспитальное поддерживающее лечение, коррекция фобического избегающего поведения, групповой психотерапевтический процесс.

SUPPORTIVE GROUP PSYCHOTHERAPY AS AN EFFECTIVE METHOD FOR TREATMENT OF PANIC DISORDER

O.V. Darsalia, A.A. Lopatin, I.I. Zorokhovich, G.M. Govorova
Kuzbass clinical drug dispensary, Russia, Kemerovo

Abstract. The article presents a five-year experience of using group supportive (supportive) psychotherapy for patients with panic disorder.

Key words: supportive group psychotherapy, panic attack, post-hospital supportive treatment, correction of phobic avoidant behavior, group psychotherapeutic process.

Все чаще сталкиваясь с паническими атаками, люди знают насколько это неприятно, страшно и непонятно: непонятны собственные физиологические реакции, эмоции, мысли о смерти, длительность таких состояний, их повторы. В XXI веке «паническая атака» является одной из основных причин обращения к психотерапевту.

В отделении кризисных состояний (ОКС) диспансера ежегодно получают лечение около 200 пациентов с диагнозом «Паническое расстройство», выставленным на основании диагностических критериев МКБ-10, на первом стационарном этапе лечения, включающим медикаментозную и психотерапевтическую помощь. Для второго амбулаторного этапа специалисты ОКС разработали программу групповой поддерживающей (суппортивной) психотерапии, которая является эффективным средством постгоспитальной терапии панического расстройства. Необходимость поддерживающей психотерапии была обусловлена тем, что пациенты с тревожными расстройствами не способны выдерживать эмоциональное напряжение, превосходящее привычный уровень, в случаях серьезной фрустрации они не пользуются адаптивными способами разрешения конфликтов и преодоления трудностей и даже относительно небольшие затруднения вызывают у них усиление симптоматики и регрессию болезненного состояния.

Создание программы предусматривало решение следующих основных задач:

1. контроль соматических проявлений.
2. обучение.
3. коррекция фобического избегающего поведения.
4. устранение психосоциальных проблем.
5. длительное наблюдение.

С 2015 года в отделении кризисных состояний начала работу амбулаторная психотерапевтическая группа «Инсайт», основанная по принципу поддерживающей (суппортивной) психотерапии. Первоначально в группу входило 4 пациента, находящихся на амбулаторном этапе лечения. Групповые занятия проводились один раз в неделю в вечернее время. Постепенно состав группы увеличился до 23 за счет пациентов, прошедших стационарное лечение и выписанных из отделения. За пять лет работы группы «Инсайт» поддерживающую психотерапию получили 121 пациент.

Выбор психотерапевтической стратегии и подбор пациентов в группу основывался, во-первых, на анализе личностных особенностей пациента (уровня самооценки, уровня навыков самоконтроля и эмоциональных состояний, степени личностной зрелости и др.), а также зависел от уровня мотивации, интеллекта, эмоционального развития и других характеристик. Во-вторых, учитывалась тяжесть панических расстройств, их спектр и длительность заболевания. В-третьих, оценивалась способность пациента адекватно воспринимать социальную ситуацию, возможности к рефлексии и автономной работе над собственными проблемами.

Эффективный групповой психотерапевтический процесс проходил при определенной позиции психотерапевтов (в нашем случае психотерапевта и психолога). Она называется «психотерапевтической нейтральностью» и подразумевает недирективную форму работы, при которой психотерапевт, оставаясь сам в тени, максимально активизирует дискуссию. Такая позиция основана на гуманистических принципах, обусловлена интересом к пациентам, участием и дружелюбием, лишена авторитарности, но не переходит в попустительское отношение. Создание «поля группового взаимодействия» предполагает, прежде всего, создание таких условий, при которых пациент, опираясь на поддержку других участников группы, сам сможет принять решение в отношении собственной жизни.

В ходе групповой работы пациенты вели дневник, где записывали приступы паники, причину, давали оценку остроты симптомов, а также оценку собственных усилий по их преодолению. Так, постепенно выстраивались определенные модели поведения, позволяющие побороть приступы паники.

В дальнейшем участники группы работали над причинами и стрессовыми факторами, вырабатывали устойчивость к стрессам, заменяли негативное мышление на позитивное. Прорабатывались специфические психотерапевтические «мишени», такие как ограничительное поведение, дефицитарность коммуникативной системы, что значительно влияло на

уменьшении тяжести симптоматических проявлений тревоги. В последствии происходило изменение стиля жизни пациентов.

С целью проверки эффективности работы группы применялись клинические и экспериментальные методы психологических исследований. Психологическая диагностика проводилась дважды – до включения пациента в работу группы и в ходе групповой работы. Результаты исследования показали, что до работы в группе варианты поведения характеризовались подавленным эмоциональным состоянием, состоянием безнадежности, покорности, переживанием злости и тревоги. После работы в группе наблюдалась выраженная положительная динамика в структуре ситуативной и личностной тревоги, депрессии, а также в когнитивной и поведенческой сферах.

Работа в группе позволяла пациентам выйти из состояния изоляции, установить контакт с остальными людьми, изменить образ действий в отношениях с окружающими, что создавало возможность для формирования более адекватной самооценки, а также повысить навык самоконтроля, самоорганизации для формирования системы «предсказания» приступа паники с целью предотвращения его разрастания.

Анализ работы группы «Инсайт» за 5 лет показал высокую эффективность групповой поддерживающей (суппортивной) психотерапии – у 70% участников группы снизилась интенсивность и острота приступов, внимание переключилось с физиологических проявлений паники на активное использование ресурсов личности. 30% продолжают дополнительно получать поддерживающее медикаментозное лечение и посещать групповые занятия.

Таким образом, при лечении пациентов с паническими расстройствами, наряду с традиционными медикаментозными и психотерапевтическими формами терапии необходима групповая поддерживающая психотерапия в амбулаторных условиях с целью повышения качества социального функционирования.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЛИЦ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ НА ЭТАПЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

М.В. Дёмина., В.В. Данильчук, Л.В. Степанова

ГАУЗ «Оренбургский областной клинический наркологический диспансер», Россия, г. Оренбург

Аннотация. В рамках статьи проводится анализ особенностей социально-психологического сопровождения наркозависимых в процессе медицинской

реабилитации, описывается процесс реабилитации, построенный на прохождении авторской программы «ДОМ». Обозначены основные задачи данной программы и проводимых мероприятий. Подробно описаны основные направления психологического консультирования и психокоррекции лиц с наркологическими расстройствами и их родственников.

Ключевые слова: психологическое сопровождение, реабилитация, группа, программа «ДОМ», пациент.

PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF PERSONS WITH DRUG ADDICTION DISORDERS IN THE PROCESS OF REHABILITATION

M.V. Demina, V.V.Danilchuk, L.V Stepanova.
Orenburg Regional Clinical Narcological Dispensary ",
Russia, Orenburg

Abstrac. The article analyzes the features of psychological support of drug addicts in the process of rehabilitation, describes the process of rehabilitation, built on the passage of the author's program «HOME». The main objectives of this program and its activities are outlined. The main directions of psychological counseling and psychocorrection of people with drug-related disorders and their relatives are described in detail.

Key words: psychological support, rehabilitation, group, program «HOME», patient.

Важной составной частью работы с наркологическими больными является личностная и социальная реабилитация, призванная обеспечить их полноценное функционирование в обществе [1]. Поэтому в Оренбургском областном клиническом наркологическом диспансере становление реабилитационной помощи началось с 1996 г., с открытия дневного отделения медико-социальной реабилитации. В настоящее время реабилитация в ГАУЗ «ООКНД» представлена 2 отделениями медицинской реабилитации круглосуточного пребывания, дневным стационаром, амбулаторным реабилитационным отделением. С целью психологического сопровождения пациентов и их родственников на всех этапах лечения и реабилитации в 2002 году в структуре диспансера была организована психологическая лаборатория.

Работа отделений реабилитации в ГАУЗ «ООКНД» построена на авторской реабилитационной программе «ДОМ» («Длительная Оригинальная Модульная»), разработанной в 1998 г. сотрудниками диспансера (Карпец В.В., Науменко Е.В., Ищенко Г.П., Луценко В.В., Махова И.Г. под редакцией

профессора Дереча В.А.) с изучением опыта работы групп само- и взаимопомощи программы, модели терапевтических сообществ и психотерапевтической группы [2]. Основная задача программы заключается не только в отказе от употребления ПАВ пациентами, но и в замещении прежнего социального стереотипа жизни, построенного на зависимом поведении, новыми формами адаптивного поведения.

Таблица 1.

Распределение пациентов реабилитационного отделения по диагнозам

Показатель	**2017.**	**2018**	**2019**
по нозологии % алкоголизм	78	87,4	87
наркомания	21	12,6	13
прочие	1		
Гендерно %			
мужчины	87	78	79
женщины	13	22	21

Психотерапевтическая работа строится в зависимости от **этапов реабилитационного процесса**:

1. Первый этап реабилитации – адаптационный – направлен на приспособление пациентов к условиям пребывания и распорядку работы реабилитационного стационара. Мероприятия этого этапа имеют преимущественно медико-психологическую направленность. Осуществляется консультирование и обследование врачом-наркологом, психологом, психотерапевтом, врачом-иглорефлескотерапевтом, социальным работником, формируется мотивация пациента на участие в реабилитационном процессе.
2. Второй этап реабилитации – интеграционный – представляет собой вхождение в реабилитационную программу, включающую медицинский, психологический, психотерапевтический и социальный аспекты. Формируются устойчивые группы пациентов, объединенных общим кругом интересов, способных оказывать положительное влияние друг на друга. Продолжается психотерапевтическая работа с родственниками пациентов и коррекция созависимости.
3. Третий этап реабилитации – стабилизационный – направлен на восстановление и стабилизацию физического и психического состояния. Акцент переносится на психосоциальный аспект реабилитационной программы, преследующей достижение основной цели- восстановление, коррекцию и формирование нормативных личностных и социальных качеств пациентов, возвращение их в семью и общество. Увеличивается объем

физического и интеллектуального труда, стимулируется профессиональная ориентация, пациенты вовлекаются в работу по само- и взаимопомощи в сообществах Анонимных Наркоманов, Анонимных Алкоголиков. Одновременно проводятся терапевтические мероприятия, направленные на лечение поражений печени, сердца, последствий органического и интоксикационного поражений головного мозга, в зависимости от существующей у пациента симптоматики.

Перечисленные этапы реабилитации реализуются без перерыва, что позволяет добиться преемственности и высокой эффективности реабилитационного процесса. Сроки реализации реабилитационных этапов зависят от уровня реабилитационного потенциала и быстроты адаптации к функционированию в условиях стационара или амбулатории.

4. Профилактический (постреабилитационный, сугубо амбулаторный) период направлен на профилактику срывов и рецидивов у пациентов, завершивших программу реабилитации в стационаре. На этом периоде пациентам оказывается психологическая, психотерапевтическая, социальная и правовая помощь в условиях амбулатории. Продолжительность его строго индивидуальная, определяется стабильностью интегрированности пациента в общество, но не менее одного года.

После прохождения пациентом периода адаптации, за ним закрепляется психолог, который сопровождает его в ходе всего лечебно-реабилитационного процесса и проводит с ним индивидуальные консультации и психокоррекцию. Наиболее частыми запросами на консультации звучат: неумение выстраивать личностные границы. Сложные отношения в семье. Неспособность справляться с тяжелыми чувствами (страхи, вина, стыд, обида и др.). неуверенность в себе, страх оценки. Неудовлетворенность жизнью, отсутствие целей в жизни. Низкая стрессоустойчивость. Наличие прошлого травматического опыта, который создает проблемы в настоящем. Выбор методов для применения во время индивидуальных вмешательств определяется уровнем реабилитационного потенциала и личностными особенностями пациента.

Психологами проводятся тематические групповые занятия, с обсуждением информации о процессе выздоровления, об особенностях психологической зависимости и способах ее преодоления, о действиях, направленных на профилактику рецидива, о семейных аспектах наркомании и алкоголизма.

Ежедневно на психокоррекционных групповых занятиях происходит разбор и анализ жизни и болезни пациентов. Каждый пациент поэтапно выполняет ряд заданий по реабилитационной программе «ДОМ» и зачитывает

их на групповом занятии. Работая над заданием, пациент учится ответственности, открытости, честности – тем качествам, которые были утрачены вследствие употребления ПАВ. Попытки придумать ту или иную ситуацию, сгладить или отрицать проявления симптомов болезни, указывают на проявление психологических защит и служат дополнительной «мишенью» психокоррекционной работы. Задача психолога заключается в организации для пациентов безопасной терапевтической среды, в которой можно искренне переживать и проявлять чувства корректным способом. Групповая форма дает возможность получения обратной связи и позволяет пациентам преодолевать свои страхи и повышать уверенность в себе. Групповая ситуация, как правило, является отражением реального межличностного взаимодействия, что повышает осознанность поведения, облегчает отказ от неконструктивных поведенческих стереотипов и выработку навыков социально приемлемого поведения. Поскольку происходящие изменения имеют позитивное подкрепление в психотерапевтической группе, пациент начинает ощущать свою способность к изменениям и меняет свое отношение к окружающему.

В отделениях реабилитации ГАУЗ «ООКНД» проводится работа с семьями зависимых, так как обеспечение длительной ремиссии наркологических пациентов возможно только в том случае, когда психологи и члены семьи прилагают совместные усилия и вырабатывают стратегию поведения семьи в процессе выздоровления. Работа с семьями проводится в формате групп «Семейные встречи» психологами и врачами психиатрами-наркологами, работающими в отделении. Используются такие формы работы как беседы, лекции, тренинги.

Восстановленная традиция по привлечению к работе с наркологическими пациентами равных консультантов показывает высокую результативность. Особенностью их работы с пациентами является большее доверие зависимого человека к равному консультанту. Равные консультанты организуют дополнительные группы, следят за соблюдением распорядка дня, участвуют в организации трудовых процессов, консультируют по вопросам выполнения программы. Равные консультанты сроим примером, и действиями показывают необходимость ответственного и активного отношения к прохождению программы. Важная часть работы консультантов – встречи и консультации пациентов после выписки с целью поддержания трезвости.

Показатели качественной ремиссии свидетельствуют о улучшении качества жизни наркологических пациентов, прошедших программу реабилитации в режиме круглосуточного стационара, трудоустраиваются 45 %, восстанавливают семьи – 43%, создают новые семьи – 18%.

Таким образом обеспечивается социально – психологическое сопровождение на всех этапах лечения и реабилитации обеспечивает пациенту максимально комфортное прохождение программы и позволяет более эффективно адаптироваться к социуму, войти в ритм новой, трезвой жизни. В процессе такого сопровождения происходит смена ценностных ориентаций, осваиваются новые полезные навыки и умения. Наблюдаются более длительные ремиссии с полным воздержанием от употребления психоактивных веществ. Изменения привычных неконструктивных стереотипов взаимодействия у пациентов, прошедших программу реабилитации, распространяются и на другие сферы их жизни, им чаще удается восстановить нарушенные семейные отношения или стабилизировать их на новой основе.

Литература / References

1. Дудко, Т.Н., Котельникова, Л.А., и др. Реабилитация наркологических больных в условиях амбулатории. Методические рекомендации. – М., 2004. – 57с.
2. Дереча, В.А. Системный подход к организации реабилитации наркологических больных. /В.А. Дереча, Г.И. Дереча, В.В. Карпец II Всероссийская научно-практическая конференция «Проблемы профилактики, диагностики, лечения лиц, употребляющих ПАВ»: Сб.тр./Самара.- 2003.– С.38-39.

ОПЫТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ И ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ КУЗБАССА

Ю.В. Дубская, Д.В. Вострых, А.А. Лопатин, Ю.В. Рычагов
ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер»,
Россия, г. Кемерово

Аннотация. В статье отражена практика взаимодействия специалистов наркологической службы и врачей терапевтов медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в части выявления при проведении диспансеризации и профилактических медицинских осмотров лиц с признаками наркологических расстройств и с наркологическими расстройствами.

Ключевые слова: профилактика, злоупотребление алкоголем, диспансеризация, профилактические медицинские осмотры, первичное звено

здравоохранения, наркологическая служба, профилактическое консультирование.

EXPERIENCE OF INTERACTION OF SPECIALISTS NARCOLOGICAL SERVICE AND PRIMARY HEALTHCARE LINK ON PREVENTION OF NARCOLOGICAL DISORDERS AMONG THE POPULATION OF KUZBASS

Yu.V. Dubskaya, D.V. Vostrykh, A.A. Lopatin, Yu.V. Richagov
Kuzbass Clinical Narcological Dispensary, Russia, Kemerovo

Abstract. The article reflects the practice of interaction between specialists of the narcological service and physicians of therapists of medical organizations providing primary health care, in terms of identifying persons with signs of drug addiction disorders and drug addiction disorders during clinical examination and preventive medical examinations.

Key words: prevention, alcohol abuse, medical examination, preventive medical examinations, primary health care, drug treatment services, preventive counseling.

Сохранение здоровья населения, увеличение продолжительности активной жизни и снижение смертности, в особенности трудоспособного населения, являются приоритетными задачами государственной социальной политики Российской Федерации, где злоупотребление алкоголем приводит к смерти около 500 000 человек в год. Каждая четвертая смерть прямо или косвенно связана с употреблением алкоголя. Речь идет о болезнях системы кровообращения, в первую очередь ишемической болезни сердца и цереброваскулярных заболеваниях, злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, хронические болезни легких и туберкулез. Значительный ущерб наносится не только физическому, но психическому здоровью населения, социальной сфере его жизни [1, 2].

В Кемеровской области за период с 2016 по 2019 годы отмечается сокращение числа регистрируемых государственными наркологическими организациями пациентов с диагнозом: «Синдром зависимости от алкоголя» на 14,5% (с 75,2 до 64,3 на 10 000 населения). Так же уменьшилось число пациентов с диагнозом: «Пагубное (с вредными последствиями) употребление алкоголя» на 16,4 % (с 35,3 до 29,5 на 10 000 населения) [3].

Следует отметить, что значительная часть пациентов с алкогольной зависимостью не обращается за специализированной наркологической

помощью в государственные медицинские организации в виду стигматизации наркологической службы и имеющейся у лиц с наркологическими расстройствами анозогнозии, а также недооценки своего состояния. Так, общий уровень первичной обращаемости за наркологической медицинской помощью в 2019 году в расчете на 100 тыс. населения снизился на 16%, в сравнении с предыдущим годом [4].

В официальной статистике не учитываются данные обращений граждан Кузбасса в частные наркологические организации, а также лица с алкогольной зависимостью, вовсе не обратившиеся за наркологической помощью. Несвоевременное обращение лиц с риском наркологических расстройств и лиц с наркологическими расстройствами, приводит к ухудшению течения заболевания и снижению эффективности назначаемого лечения.

Поскольку часть хронических заболеваний на ранних стадиях протекают бессимптомно или же без выраженной симптоматики, то раннее выявление проявлений заболеваний, в том числе посредством осмотра, скрининга, лабораторной диагностики, или риски их развития помогает выявить диспансеризация определенных групп взрослого населения и профилактические медицинские осмотры. Выявление риска пагубного потребления алкоголя, как одного из основных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний обеспечивается путем заполнения анкеты для граждан в возрасте до 65 лет на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществе без назначения врача. При положительном результате теста пациенту проводится углубленное профилактическое консультирование и рекомендуется в отделении (кабинете) медицинской профилактики заполнить опросник AUDIT для более детальной оценки риска, связанного с употреблением алкоголя. При выявлении по результатам углубленного анкетирования степени риска, соответствующей возможной алкогольной зависимости, врач отделения (кабинета) медицинской профилактики проводит мотивационное консультирование с целью убедить пациента в необходимости специализированной наркологической помощи, направляет пациента на консультацию к врачу психиатру-наркологу.

С 23 ноября 2017 года в Кузбассе осуществляются мероприятия «дорожной карты» по организации профилактики психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ, реализуемых медицинскими организациями Кемеровской области. Целью «дорожной карты» является снижение неблагоприятных последствий употребления психоактивных веществ

среди населения области за счет совершенствования взаимодействия наркологической службы и сектора первичной медико-санитарной помощи при выявлении лиц с пагубным употреблением алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ в ходе диспансеризации, профилактических медицинских осмотрах и амбулаторном приеме, а также информирование населения Кемеровской области о факторах риска и последствиях употребления психоактивных веществ и формирования у них трезвого образа жизни.

Несмотря на то, что специалистами первичного звена велась работа по выявлению лиц с риском наркологических расстройств в ходе диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, амбулаторных приемов по поводу соматического заболевания, процент обратившихся из этого числа на консультацию лица к врачу психиатру-наркологу был низкий. Это объяснялось не только опасением пациентов быть ограниченным в правах из-за обращения за специализированной медицинской помощью, но и тем, что пациенты, обращаясь в первичное звено по поводу соматического заболевания или прохождения медицинского осмотра, считали себя «условно здоровыми» и не были должным образом мотивированы врачами ввиду дефицита времени на приемах и низкой кадровой обеспеченности врачами.

Для оценки эффективности проводимых мероприятий «дорожной карты» были утверждены целевые показатели (индикаторы). Одним из основных индикаторов является процент лиц с пагубным потреблением алкоголя и потреблением наркотических средств и психотропных веществ, выявленных специалистами первичной медико-санитарной сети, в общем числе лиц, прошедших I этап диспансеризации. По этапам реализации были установлены значения этих показателей: в 2017 году – 0,9%. В 2018 – 1,0%. В 2019 – 1,1%. В 2020 – 1,2 %. Фактическое выполнение показателей составило в 2017 году (по итогам IV квартала) – 0,71, в 2018 – 1,27, а в 2019 – 1,08.

Еще одним показателем «дорожной карты» является процент лиц, прошедших консультирование у врача психиатра-нарколога, в общем числе лиц с пагубным потреблением алкоголя и потреблением наркотических средств и психотропных веществ, направленных по результатам индивидуального профилактического консультирования на II этапе диспансеризации для получения специализированной наркологической помощи. Так, в 2019 году в Кемеровской области из 4499 человек с риском наркологических расстройств, выявленных специалистами первичного звена в ходе диспансеризации, было проконсультировано 722 человека, что составило 16,04% от числа выявленных. Количество охваченных консультациями специалистами наркологической

службы Кузбасса лиц, выявленных в ходе амбулаторных приемов и в условиях многопрофильных стационаров, составило 616 человек.

По итогам проводимых главным областным специалистом психиатром-наркологом Министерства здравоохранения Кузбасса аудитов в ряде медицинских организаций области были выявлены следующие нарушения и замечания:

1) не организовано внутриведомственное взаимодействие между сотрудниками первичного звена здравоохранения и специалистами наркологической службы – отсутствует преемственность при оказании медицинской помощи для обеспечения эффективной профилактики расстройств, связанных с употреблением алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ.

2) при проведении диспансеризации не осуществляется контроль заполнения пациентами всех разделов в анкете для граждан в возрасте до 75 лет на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача.

3) при выявлении риска пагубного употребления алкоголя не проводится дальнейшее обследование пациента путем заполнения специального опросника «AUDIT» для детальной оценки риска, связанного с употреблением алкоголя, тем самым лица с риском развития наркологических расстройств не охватываются дополнительным обследованием и остаются без необходимой и, что немаловажно, своевременной специализированной помощи.

Этим во многом и объясняется невыполнение целевых показателей (индикаторов), предусмотренных мероприятиями «дорожной карты».

Сложностями реализации мероприятий «дорожной карты» и риски недостижения целевых показателей являлись незаинтересованное (формальное) отношение специалистов сектора первичной медико-санитарной помощи региона, отсутствие у них мотивации к выполнению данной работы, дефицит и значительная «текучесть» кадров медицинских сотрудников первичного звена здравоохранения области, анозогнозия и страх стигматизации у лиц с риском пагубного потребления алкоголя и риском потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Помимо этого, из-за риска распространения коронавирусной инфекции, соответствующим приказом Министерства здравоохранения Кузбасса с 23.03.2020 до 27.07.2020 было временно приостановлено проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации взрослого и детского населения, что существенно отразилось на снижении количества

выявленных лиц с риском наркологических расстройств в первичном звене здравоохранения и пациентов, охваченных специализированной наркологической помощью на базе государственных медицинских организаций Кузбасса.

Таким образом, необходимо продолжить осуществление контроля деятельности государственных медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в части обеспечения выявления у пациентов в рамках диспансеризации и профилактических осмотров факторов риска развития пагубного употребления алкоголя, употребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача согласно целевым индикаторам «дорожной карты» и продолжить работу по повышению квалификации медицинских сотрудников по вопросам профилактики наркологических расстройств путем проведения обучающих семинаров, укрепления внутриведомственного взаимодействия между специалистами первичного звена здравоохранения и наркологической службой. Также необходимо при обоюдном понимании важности проводимой работы, своевременной маршрутизации пациентов с риском наркологических расстройств и лиц с наркологическими расстройствами, доступности оказания наркологической помощи населению, обеспечить контроль со стороны администрации государственных медицинских организаций за качеством взаимодействия врачей психиатров-наркологов и участковых терапевтов и врачей-специалистов в части выполнения задач представителей служб по профилактике наркологических расстройств. Дальнейшее развитие внутриведомственного взаимодействия и развитие медицинской помощи лицам с риском развития наркологических расстройств в первичной медицинской сети имеет большой профилактический потенциал, помогающий предотвратить формирование зависимости от психоактивных веществ.

Литература / References

1. Доклад Общественной Палаты Российской Федерации «Злоупотребление алкоголем в Российской Федерации: социально-экономические последствия и меры противодействия// М., 2009. [Электронный ресур]. - URL: https://www.oprf.ru/files/dokladalko.pdf (дата обращения 07.08.2020)
2. Немцов, А.В., Терехин, А.Т. Размеры и диагностический состав алкогольной смертности в России// Наркология. -2007.- № 12.- С.56-62.
3. Сборник основных показателей деятельности наркологической службы в Кемеровской области, 2016-2019. [Электронный ресур].-URL: https://42.мвд.рф/document/10684707. (дата обращения 07.08.2020)

4. Доклад о наркоситуации в Кемеровской области-Кузбассе за 2019 год. [Электронный ресур]. URL: http://ecokem.ru/wp-content/uploads/2020/02/doclad_2019.pdf (дата обращения 07.08.2020)

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АМИТРИПТИЛИНА С ЦЕЛЬЮ КУПИРОВАНИЯ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОСТИМУЛЯТОРОВ И ДРУГИХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ОТДЕЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Ю.В. Дубчак, С.М. Еремина

ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г.Кемерово

Аннотация. В статье описан опыт применения амитриптилина с целью купирования обсессивно-компульсивного расстройства у пациентов с зависимостью от психоактивных веществ в отделении медицинской реабилитации наркологического диспансера, проведен анализ, изложены результаты наблюдения. Установлено, что лечение пациентов с зависимостью от психостимуляторов и синтетических каннабиноидов антидепрессантами, в частности амитриптилином, дает положительный результат – у пациентов снижается влечение к наркотическим средствам. За счет купирования депрессивной симптоматики пациенты быстрее адаптируются в реабилитационной среде, что позитивно влияет на формирование внутренней мотивации на полный отказ от приема психоактивных веществ и прохождения полного курса лечебно-реабилитационной программы.

Ключевые слова: обсессивно-компульсивные расстройства, психостимуляторы, психоактивные вещества, зависимоть от психостимуляторов, зависимость от психоактивных веществ.

EXPERIENCE WITH AMITRIPTILIN FOR THE PURPOSE OF OBSSIOUS-COMPULSIVE DISORDER IN PATIENTS WITH COMBINED DEPENDENCE ON PSYCHOSTIMULANTS AND OTHER PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN THE DEPARTMENT OF MEDICAL REHABILITATION OF THE NARCOPALOGICAL DYNAMIC

Yu.V. Dubchak, S.M. Eremina

Kuzbass Clinical Narcological Dispensary, Russia, Kemerovo

Abstract. The article describes the experience of using amitriptyline for the relief of obsessive-compulsive disorder in patients with addiction to psychoactive substances in the medical rehabilitation department of a narcological dispensary, an analysis is carried out, and the results of observation are presented. It has been established that the treatment of patients with addiction to psychostimulants and synthetic cannabinoids with antidepressants, in particular amitriptyline, gives a positive result - in patients, the desire for narcotic drugs decreases. Due to the relief of depressive symptoms, patients quickly adapt to the rehabilitation environment, which has a positive effect on the formation of internal motivation for a complete refusal to take psychoactive substances and complete a full course of the treatment and rehabilitation program.

Key words: obsessive-compulsive disorders, psychostimulants, psychoactive substances, addiction to psychostimulants, addiction to psychoactive substances.

Актуальность. Проблема злоупотребления психоактивными веществами, стала одной из глобальных проблем человечества в 21 веке, представляя угрозу здоровью населения, экономике и социальной сфере во многих странах мира. [1, 3-4]. Начиная с 2012 года, в своей практической деятельности, врачи психиатры-наркологи ГБУЗ ККНД оказывают помощь пациентам, которые употребляют новые синтетические наркотические средства разных химических групп: психостимуляторы («соль», скорость»), синтетические каннабиноиды («спайсы»), а также их сочетанное употребление. «Дизайнерские наркотики» (от to desiqn – проектировать, разрабатывать [2], разрабатывались на основе синтетических заменителей каких-либо натуральных веществ, полностью воспроизводящие наркотические свойства последних, либо близких, но не идентичных по строению веществ, как обладающих, так и не обладающих сходной фармакологической активностью [5].

Как правило «дизайнерские наркотики» представляют собой аналоги или производные уже существующих наркотических средств, созданные путем изменений различного характера в их химической структуре. «Дизайнерские наркотики» получили широкое распространение среди молодёжи как альтернатива прежним наркотическим средствам, из-за их легкой доступности и их низкой стоимости.

Нозологическая картина пациентов, поступивших для прохождения курса реабилитации в отделение медицинской реабилитации (далее – ОМР) за последние три года изменилась (таблица 1).

Таблица 1.

Нозология	**Количество пациентов**	**2017**	**2018**	**2019**
Синдром зависимости от опиоидов		12	10	6
Синдром зависимости от каннабиноидов		11	6	2
Синдром зависимости от психостимуляторов		12	19	13
Синдром зависимости от сочетанного употребления психостимуляторов и каннабиноидов		28	30	39
Синдром зависимости от алкоголя		16	14	19
Всего		79	79	79

Как видно из выше приведенной таблицы, количество пациентов с героиновой зависимостью снизилось в два раза, а число пациентов с сочетанным употреблением психостимуляторов увеличилось. Истинные масштабы распространенности злоупотребления психостимуляторами неизвестны, ибо наркоманы, их употребляющие, попадают в поле зрения наркологов в основном тогда, когда они переносят интоксикационные психозы или соматические осложнения. Депрессивные расстройства при зависимости от психостимуляторов и синтетических каннабиноидов имеют сложный генез. В постабстинентном периоде по нашему наблюдению депрессивные расстройства представлены эксплозивным типом (53%), тоскливым (20%) и апатическим (27%) типом. Нами было проведено исследование с целью определения уровня тревоги и депрессии у группы пациентов с диагнозом синдром зависимости от сочетанного употребления психостимуляторов и каннабиноидов.

Методы и материалы исследования. Наблюдение осуществлялось за пациентами отделения медицинской реабилитации наркологического диспансера, получающих лечение амитриптилином. Всего проведено анкетирование 237 пациентов, проанализированы результаты лечения. Использовались методики измерения уровня тревожности Тейлора (адаптация Т.А. Немчинова). дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.Зунга (адаптация Т.И. Балашовой).

Результаты и их обсуждения. В ходе исследования были получены следующие данные: высокий уровень тревоги наблюдается у 23% выборки, средний с тенденцией к высокому имеют 69% пациентов, средний с тенденцией

к низкому у 8%. Депрессивные состояния легкой степени выявлены у 19% пациентов, что может свидетельствовать об отрицательном эмоциональном фоне, отсутствии интереса к жизни, субъективном переживании чувства безнадежности, подавленности, тоски и отчаяния. По данным зарубежных исследователей, до 40% пациентов наркологических клиник, потребителей синтетических наркотических средств имеют в анамнезе попытки самоубийства. В исследуемой группе у 26% пациентов депрессивные состояния сопровождались различными формами суицидального поведения.

Характерной особенностью аффективных расстройств является их малая дифференцированность, нечеткость структурного оформления и отсутствие характерных для эндогенных депрессий суточных колебаний настроения или витализации аффекта. Обращает на себя внимание тесная взаимосвязь патологического влечения к психостимуляторам и синтетическим каннабиноидам с выраженностью депрессивного состояния на этапе отмены наркотических веществ.

Для устранения депрессивных расстройств и коррекции патологического влечения в ОМР широко применяется амитриптилин – один из основных представителей группы трициклических антидепрессантов. Также отмечается эффективное применение амитриптилина в отношении синдрома тревожной депрессии. Для купирования депрессивного состояния у пациентов в ОМР амитриптилин назначался внутривенно капельно от 40 мг до 80 мг 2 раза в сутки с пероральным приемом в дозе от 100 мг до 150 мг в сутки на протяжении 2-3 недель с дальнейшим переводом пациентов на пероральный прием до 200 мг в сутки. Амитриптилин применялся длительно на протяжении 3-6 месяцев. Результатом лечения амитриптилином являлось улучшение настроения, снижение активности патологического влечения к наркотикам, нормализация сна, купирование аффективных колебаний в течение суток, а самое главное формирование внутренней мотивации на полный отказ от употребления психостимуляторов и синтетических каннабиноидов и участие в лечебно-реабилитационной программе. Прослеживается прямая связь с медикаментозным лечением депрессивного состояния у пациентов, злоупотребляющих психостимуляторами на этапе реабилитации на снижение патологического влечения. На фоне медикаментозного лечения у 73% респондентов наблюдалось снижение уровня тревоги, 86% выборки показало снижение уровня депрессии.

Выводы. Лечение пациентов с зависимостью от психостимуляторов и синтетических каннабиноидов антидепрессантами, в частности амитриптилином, дает положительный результат – у пациентов снижается

влечение к наркотическим средствам. за счет купирования депрессивной симптоматики пациенты быстрее адаптируются в реабилитационной среде, что позитивно влияет на формирование внутренней мотивации на полный отказ от приема психоактивных веществ и прохождения полного курса лечебно-реабилитационной программы.

Литература / References

1. Носатовский, И.А. Фенилпропаноламиновая наркомания (вопросы клиники, патогенеза, лечения): Автореф. дисС.докт. мед.наук. - М.,2017.- С.42.
2. Пятницкая, И.Н. «Общая и частная наркология: Руководство для врачей».- М.: Медицина, 2008. - 640 с.
3. Пятницкая, И.Н. «Наркомания Руководство для врачей» - М.: Медицина,1994.-544 с.
4. Иванец, Н.Н., Винникова, М.А. «Героиновая зависимость (клиника и лечение постабстинентного состояния» - М.: Медпрактика, 2001.-129 с.
5. Рохлина М.Л. Наркомании. Токсикомании: психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ / М.Л.Рохлина. - М.: Литтерра, 2015. -256 с.
6. Сиволап, Ю.П., Савченков, В.А. Фармакотерапия в наркологии /под ред. Н.М. Жарикова. - М.: Медицина, 2013. - 252 с.

ОПЫТ РАБОТЫ СПЕЦИАЛИСТОВ КУЗБАССКОГО КЛИНИЧЕСКОГО НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА ПО СНИЖЕНИЮ ЧИСЛА СУИЦИДОВ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ КУЗБАССА

О.В. Евстратова[1], О.С.Рубцова[1], А.А. Лопатин[1], А.М. Селедцов[2]

[1] ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово

[2] ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В данной статье рассмотрены результаты работы специалистов наркологической службы Кемеровской области – Кузбасса в рамках снижения числа самоубийств среди взрослого населения и среди несовершеннолетних. Приведены статистические данные за три года.

Ключевые слова: суициды, наркологическая служба, несовершеннолетние, профилактика, межведомственное взаимодействие.

WORK EXPERIENCE OF THE KUZBASS CLINICAL NARCOLOGICAL DISPENSER ON REDUCING THE NUMBER OF SUICIDES AMONG THE POPULATION OF KUZBASS

O.V. Evstratova[1], O.S. Rubtsova[1], A.A. Lopatin[1], A.M. Seledtsov[2]

[1]*Kuzbass Clinical Narcological Dispensary, Russia, Kemerovo*

Kemerovo state medical University, Kemerovo, Russia

Abstract. This article discusses the results of the work of specialists in the narcological service of the Kemerovo region - Kuzbass in the framework of reducing the number of suicides among the adult population and among minors. Statistical data for three years are presented.

Key words: suicides, narcological service, minors, prevention, interagency cooperation.

Проблема суицидов, являясь, прежде всего, социальной, а лишь потом медицинской, психологической или философской, должна решаться комплексно. Основным условием для предупреждения роста завершенных самоубийств в любой стране являются стабильные, успешно развивающиеся, социально-экономические показатели. Медицинские меры воздействия могут лишь частично сдерживать рост суицидов.

Необходимо отметить и еще один значимый как для Российской Федерации в целом, так и для Кузбасса в частности, фактор – взаимосвязь самоубийств и потребление психоактивных веществ. Так, риск совершения суицидов в 200 раз выше у потребителей наркотиков. Более 70% из числа тех, кто совершил завершенный суицид, находились в состоянии опьянения и/или одурманивания. Поэтому еще одним важнейшим аспектом предупреждения суицидов в конкретном регионе является наличие доступной и качественной наркологической помощи населению (кабинеты наркологического приема, наркологические полустационарные подразделения, стационары и реабилитационные подразделения).

Таким образом, для предотвращения существенного роста аутодеструктивной активности среди населения Кемеровской области (суициды, парасуициды, наркомании, алкоголизм и др.), и, прежде всего среди несовершеннолетних, реализуются следующие меры медицинского характера:

1) развитие подразделений суицидологической помощи («Тедефон Доверия» , кабинеты медико-психологической помощи).

2) распространение доступной медико-социальной и медико-психологической помощи населению, как в рамках системы здравоохранения, так и с участием других служб и ведомств.

3) дальнейшее развитие системы доступной и качественной наркологической помощи.

Профилактическая деятельность наркологической службы Кемеровской области по снижению суицидов и суицидальной активности среди несовершеннолетних осуществляется с применением региональных программ профилактики путем взаимодействия с различными государственными, общественными организациями (образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, спорта и молодежной политики, правоохранительными органами, службой занятости, общественными организациями, комиссиями по делам несовершеннолетних и защите их прав), а также со средствами массовой информации.

Главной задачей профилактических мероприятий является объединение образовательных, социальных и медицинских мер первичной, вторичной и третичной профилактики, обеспечивающих достижение общего результата.

В Кемеровской области работа по профилактике суицидального поведения в среде несовершеннолетних проводится в рамках профилактической работы как среди детей и подростков, так и среди учителей, социальных педагогов, психологов и других работников учреждений образования, а также других специалистов, занятых работой с несовершеннолетними.

В образовательных учреждениях области проводится профилактическая работа с несовершеннолетними по привитию у них понимания ценности жизни и здоровья, по формированию принципов здорового образа жизни, предупреждению аддиктивного, в том числе суицидального поведения.

Работа специалистов строится на основании совместных планов работы на учебный год. В учебных заведениях проводятся мероприятия с детьми и подростками: групповые и индивидуальные беседы, тренинги, «круглые столы», семинары, диспуты, КВНы, викторины и кинолектории. Врачи психиатры-наркологи также проводят групповую и индивидуальную профилактическую работу с несовершеннолетними, состоящими на учете в подразделениях по делам несовершеннолетних. В доступной для несовершеннолетних форме сотрудники рассказывают о последствиях употребления наркотических веществ и алкоголя.

Уже за I полугодие 2020г. в образовательных учреждениях региона специалистами амбулаторных наркологических кабинетов для учащихся

организовано более 17 интерактивных лекций о вреде употребления психоактивных веществ и влиянии их употребления на все сферы жизни человека с количеством присутствующих 850 человек, более 11 групповых бесед с участием 231 несовершеннолетних.

В каждом кабинете врача психиатра-нарколога для обслуживания детского населения в городах и районах Кемеровской области налажен постоянный межведомственный продуктивный контакт со всеми заинтересованными службами и ведомствами системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних с целью совместного наблюдения за детьми и подростками с наркологическими расстройствами, отклонениями в поведении и лицами, попавшими в трудную жизненную ситуацию. Сотрудники наркологической службы совместно с соответствующими ведомствами проводят рейды, консультативные приемы для членов семей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

При индивидуальных консультациях несовершеннолетних из группы риска по употреблению психоактивных веществ, а также находящихся под диспансерным наблюдением врача психиатра-нарколога, проводятся психодиагностические обследования (в частности с целью выявления кризисных состояний, депрессивных тенденций, риска деструктивного, в том числе суицидального поведения), используются проективные методики, патодиагностический опросник и опросник суицидального риска.

Специалисты наркологической службы региона активно вовлекают в профилактическую работу неформальные молодежные объединения, позволяющие эффективно воздействовать на несовершеннолетних и молодых людей в плане формирования у них здорового образа жизни. Одним из результативных примеров такого объединения является волонтерское движение, которое выступает одним из эффективных вариантов профилактической деятельности.

Важным звеном в работе суицидологической службы является «Тедефон Доверия», главные задачи которого – предотвращение дальнейшего развития остро возникших кризисных реакций у человека на стрессовую ситуацию, помощь в разрешении психотравмирующей ситуации и тем самым устранение причин возможного покушения на самоубийство. Кроме неотложной помощи, «Тедефон Доверия» осуществляет также долгосрочную, поддерживающую терапию.

В Кузбассе работают телефоны экстренной психологической помощи в 12-ти городах и муниципальных образованиях.

1 июня 2013 года к «Телефону Доверия» г.Кемерово была подключена

Федеральная детская линия с общероссийским номером 8-800-2000-122, звонки на который являются бесплатными с любого телефона. За отчетный период 2020г. на «Тедефон Доверия» поступило 13771 звонков, из них: 3072 (22,3%) – звонков от детей и подростков.

Количество суицидальных обращений за I полугодие 2020г. составило 3,5% от общего числа звонков, из них дети – 0,3%.

Комплексная и системная работа специалистов «Телефона Доверия» позволяет констатировать актуальность данной проблемы, формирует у человека, попавшего в трудную жизненную ситуацию, способность открыто заявить об этом, переводя данную проблему из категории «личной» в общественную, дает возможность получить профессиональную помощь и поддержку.

Медико-психологическая служба Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Кузбасский клинический наркологический диспансер» активно работает по вопросам консультирования уязвимых групп населения через СМИ, включая Интернет-издания – специалисты наркологической службы в доступной форме предоставляют информацию на актуальные социальные темы, отвечают на вопросы граждан.

Таблица 1.

Примеры информационно-профилактической работы, направленной на снижение уровня суицидов среди населения региона, в том числе несовершеннолетних, с использованием возможностей средств массовой информации за первое полугодие 2020 года

№ п/п	Наименования СМИ	Дата	Тема
Областное радио			
1	«Радио России - Кузбасс»	24.04.20г.	Репортаж: «Психологическая помощь приходит по телефону»
		12.05.20г.	Интервью в информационной программе «Новое утро»
2	Радио «Маяк-Кузбасс»	24.04.20г.	Репортаж: «Психологическая помощь приходит по телефону»
3	Радио «Кузбасс-FM»	18.05.20г.	Интервью в утренней новостной передаче
Печатные издания			
1	Газета «Кузбасс»	16.04.20г.	Статья: «Самая трудная работа на свете»
		23.04.20г.	Статья: «Самоизоляция: как общаться с детьми?»
2	Российская Газета-Неделя	06.05.20г.	Статья: «Градус от вируса не спасает»

		17.06.20г.	Комментарий в статье: «Не бойся, я с тобой»
3	Газета «МК в Кузбассе»	03.06.20г.	Статья: «Как скажется новая короновирусная реальность на детях»
4	Газета «АиФ в Кузбассе»	09.01.20г.	Заметка: «Запугивать нельзя!»
		22.01.20г.	Комментарий к статье: «ОПАСНЫЕ «ШАЙБЫ» Почему подростки травятся снюсом
		20.05.20г.	Статья: «Вернитесь в оффлайн. Психолог об удаленке, ЕГЭ и карантине»
		03.06.20г.	Комментарий в статье: «Опасное лето. Почему дети не чувствуют угрозы?»
Интернет-издания			
1	Сайт Российской Газеты (RG.RU)	30.04.20г.	Статья: «Градус от вируса не спасает»
		17.06.20г.	Комментарий в статье: «Не бойся, я с тобой»
2	Сайт газеты «АиФ в Кузбассе» (KUZBASS.AIF.RU)	14.05.20г.	Статья: «Вернитесь в оффлайн. Психолог об удаленке, ЕГЭ и карантине»
3	Интернет-журнал AVOKADO	26.05.20г.	Комментарий в статье: «У вас будет ребенок-инвалид: убить или родить?»
4	Сайт газеты «МК в Кузбассе» (МК.RU)	26.05.20г.	Комментарий в статье: «У вас будет ребенок-инвалид: убить или родить?»
		01.06.20г.	Статья: «Как скажется новая коронавирусная реальность на детях»

Оценивая эффективность проведенной работы - в Кемеровской области на протяжении трех лет отмечена убывающая тенденция показателей завершенных самоубийств как среди всего населения Кузбасса, так и среди подростков (таблица 2).

Таблица 2.

Количество случаев завершенных самоубийств в Кемеровской области за 2017-2019гг. и I кв. 2020г.

Категория	**Годы**									
	2017		2018		2019		I кв. 2019		I кв. 2020	
	абс. число	на 100 тыс.	абс. число	на 100 тыс.	абс. число	на 100 тыс.	абс. число	на 100 тыс.	абс. число	на 100 тыс.

Кемеровская область всего	692	25,6	568	21,2	605	22,7	141	21,4	159	24,1
из них несовершенноле тние	15	2,6	6	1,0	8	1,4	3	2,1	2	1,4
г. Кемерово	76	13,6	73	13,1	72	12,9	15	10,9	26	18,8
из них несовершенноле тние	3	2,8			2	1,8				
г. Новокузнецк	124	22,4	108	19,5	113	20,5	22	16,2	24	17,6
из них несовершенноле тние	3	2,7	1	0,9	1	0.9			1	3,5

Показатель завершенных самоубийств всего населения Кемеровской области снизился на 11,3%: с 25,6 на 100 тыс.населения (692 чел.) в 2017г. до 22,7 на 100 тыс.населения (605 чел.) в 2019г.

Показатель завершенных самоубийств подросткового населения Кемеровской области уменьшился на 46,2 %: с 2,6 на 100 тыс.населения (15 чел.) в 2017г. до 1,4 на 100 тыс.населения (8 чел.) в 2019 г.

Но при этом отмечен рост показателя завершенных самоубийств среди всего населения Кемеровской области за 1 кв. 2020 года на 12,6 % в сравнении с аналогичным периодом 2019 года, в то время как показатель подросткового населения Кемеровской области за 1 кв. 2020 уменьшился на 33,3 % в сравнении с аналогичным периодом 2019 года.

Таким образом, наркологическая служба Кемеровской области продолжает работу, направленную на профилактику суицидального поведения среди несовершеннолетних с разъяснением факторов риска, поведенческих проявлений, алгоритма собственных действий несовершеннолетних, что способствует уменьшению потерь здоровья населения Кузбасса в связи с наркологическими расстройствами и снижению смертности от самоубийств, в том числе среди подростков.

Сравнивая результаты с показателями других крупных городов Кемеровской области, можно отметить, что особенно положительная тенденция снижения числа завершенных самоубийств имеет место в г.Кемерово, где более 15 лет функционирует специализированный суицидологический центр в составе круглосуточного телефона доверия, кабинета медико-психологической помощи населению, в том числе для учащихся и молодежи (работает на базе межвузовской поликлиники) и кризисный круглосуточный стационар на 30

коек, который занимается не только оказанием кризисной (суицидологической) помощи населению, но и реализацией профилактических программ среди групп риска. Успешный положительный опыт г.Кемерово в деле снижения завершенных суицидов среди населения за счет деятельности специализированной суицидологической службы делает актуальным развитие сети подобных учреждений в городах и районах Кузбасса.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ УРОВНЯ АДАПТИВНОСТИ И ОСМЫСЛЕННОСТИ ЖИЗНИ НАРКОЗАВИСИМЫХ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ И В ПОСТРЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

С.М. Еремина, Ю.В. Дубчак, А.А. Лопатин

ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер»,
Россия, г. Кемерово

Аннотация. В наркологическом клиническом диспансере г.Кемерово в 2002 году разработана и внедрена стационарная лечебно-реабилитационная программа «Фламинго» для лиц с наркологическими проблемами, основанная на принципах программы «12 шагов». В данной статье рассмотрены результаты работы, подтвержденные данными психологического обследования, с целью определения эффективности реабилитационной программы «Фламинго» не только на этапе реабилитации, но и в постреабилитационном периоде.

Ключевые слова: динамика уровня адаптации, реабилитационный процесс, постреабилитационный период

DYNAMICS OF INDICATORS OF THE LEVEL OF ADAPTABILITY AND MEANINGFULNESS OF LIFE OF DRUG ADDICTS AT THE STAGE OF REHABILITATION AND IN THE POST-REHABILITATION PERIOD.

U.V. Dubchak, S.M. Eremina, A.A. Lopatin

Kuzbass Clinical Narcological Dispensary, Russia, Kemerovo

Absract. In 2002, the inpatient long-term treatment and rehabilitation program «Flamingo» for people with drug problems, based on the principles of the «12 steps» program, was developed and implemented at the drug treatment clinic in Kemerovo. This article discusses the results of the work, confirmed by the data of psychological examination, in order to determine the effectiveness of the rehabilitation program «Flamingo» not only at the stage of rehabilitation, but also in the post-rehabilitation period.

Key words: dynamics of adaptation level, the rehabilitational process, post-rehabilitation stages.

Актуальность. Зависимость от психоактивных веществ, влечет за собой изменения в личностной, семейной, профессиональной, экономической сферах жизнедеятельности пациента, определяющих качество его жизни. Многие исследователи [1] отмечают, что стабильность ремиссии, ее длительность, отсутствие признаков патологического влечения к психоактивным веществам прямо связаны с улучшением качества жизни (КЖ) наркологических больных. [5] выделяют три главных признака концепции КЖ: многомерность, изменяемость во времени, участие больного в оценке своего состояния. [8, 6, 10]. Качество жизни рассматривается как степень удовлетворенности человека своим физическим, психическим и социальным состоянием. Воздержание от ПАВ является важным, но не единственным показателем. Основной показатель – возврат в общество и возобновление функционирования в нормативном окружении, т.е. оцениваются и показатели качества жизни [3,9]. По мнению ряда исследователей [7, 4, 2], одними из важнейших показателей качества ремиссии, являются изменения экзистенциальной позиции и уровня адаптационного потенциала личности.

Цель исследования. Определение эффективности реабилитационной программы «Фламинго» на разных этапах реабилитации, на основании субъективных показателей уровня адаптивности и качества жизни наркозависимых. Для реализации поставленной цели были определены следующие задачи:

1. исследовать экзистенциальную позицию личности наркозависимых на различных этапах реабилитации (наличие цели в будущем, удовлетворенность прожитым этапом жизни и т.д.).

2. исследовать уровень адаптивности наркозависимых с помощью определения индекса ресурсности, на основании самооценки их жизненных потерь и приобретений.

3. провести статистический сравнительный анализ исследуемых показателей в группах наркозависимых на разных реабилитационных этапах.

Методы и материалы исследования.

1. «Опросник смысложизненных ориентаций (СЖО)» А.Н. Леонтьева (позволяет оценить уровень осмысленности жизни пациента, наличие у него целей и планов на будущее, степень удовлетворенности своей жизнью и веру в собственные силы). 2. «Опросник потерь и приобретений» Н. Е. Водопьяновой, М. В. Штейна (оценивает адаптивные возможности и толерантность личности

пациента по отношению к стрессам). Был проведен сравнительный анализ результатов психологического обследования среди трех групп наркозависимых пациентов: 1-ю группу составили 20 пациентов, проходивших курс реабилитации по программе «Фламинго» от 1 до 3 месяцев. 2-ю группу составили 20 пациентов, проходивших курс реабилитации по программе «Фламинго» от 3 до 6 месяцев. 3-ю группу составили 20 наркозависимых, прошедших полный курс реабилитации по программе «Фламинго», находящихся в постреабилитационном периоде, с ремиссиями от 1 года до 2,5 лет.

Результаты и их обсуждения. У пациентов группы 1 (на стационарном курсе реабилитации от 1 до 3 месяцев) отмечается пониженный уровень осмысленности жизни (среднее значение 83,3).

Средний показатель «ресурсного» потенциала представителей данной группы крайне низкий и имеет отрицательные значения (-79,62%). Это свидетельствует о низком уровне адаптивных способностей, низкой стрессоустойчивости и социальной дезадаптации. Практически отсутствуют приобретения по параметрам:

1) «личные сбережения, вклады»,

2) «принадлежность к организациям, в которых есть люди со сходными интересами». Таким образом, испытуемые данной группы характеризуются определенной социальной изоляцией, наличием финансовых трудностей и нестабильной семейной обстановкой. Они не имеют ясных целей в будущем, которые бы придавали жизни интерес и временную перспективу.

У пациентов группы 2 (на стационарном курсе реабилитации от 3 до 6 месяцев) отмечается повышение уровня осмысленности жизни (среднее значение 103). Средний показатель «ресурсного» потенциала пациентов данной группы низкий (10,97 %), но уже имеет положительное значение. Наиболее значимые потери у пациентов данной группы выявлены по следующим показателям:

1) «уверенность, что я контролирую события своей жизни»,

2) «доход, достаточный для жизни».

Максимальные приобретения наблюдаются по показателям:

1) «поддержка от коллег»,

2) «дружба»,

3) «мотивация к действию»,

4) «люди, на которых можно опереться»,

5) «возможность получать медицинскую помощь при необходимости».

Минимальные приобретения – по показателям:

1) «личные сбережения, вклады»,

2) «доход, достаточный для нормальной жизни». Пациенты данной группы видят перед собой интересные цели, придающие жизни осмысленность, удовлетворены самим процессом жизни, считают себя способными влиять на значимые события жизни.

У пациентов группы 3 (пациенты с ремиссией 1 год и более) отмечается показатель уровня осмысленности жизни близкий к высокому (среднее значение 107,38). Также у них выявлен высокий показатель «ресурсного» потенциала (58,37%), что указывает на высокий уровень адаптивности, стрессоустойчивости и способность конструктивно преодолевать жизненные трудности.

Был проведен статистический анализ с использованием t-критерия Стьюдента. Получены следующие результаты: с уровнем достоверности $p < 0,01$ пациенты всех трех групп различаются по уровню ресурсного потенциала. Наиболее высокий его показатель у представителей группы 3 (58,37%), наиболее низкий – в группе 1 (-79,62%). Это указывает на факт возрастания способностей конструктивной адаптации наркозависимых в процессе стационарной реабилитации с дальнейшим повышением адаптивных способностей до высокого уровня в постреабилитационный период. По уровню осмысленности жизни с уровнем достоверности $p. < 0,05$ различаются пациенты лишь 1-й (83,3) и 3-й (107,38) групп. В частности, по параметрам «цели в жизни» и «процесс жизни». Более высокие показатели по данным параметрам наблюдаются в группе 3. Следовательно, в течение стационарной реабилитации происходят основные изменении в мотивации пациента, приобретаются навыки целеполагания и умение получать удовольствие от процесса трезвой жизни. В дальнейшем эти изменения в уровне осмысленности жизни лишь закрепляются, приобретая более устойчивый характер. Также был проведен корреляционный анализ исследуемых показателей внутри каждой из групп (линейная корреляция Пирсона, $p < 0,05$).

Итак, качественный анализ результатов, полученных в нашем исследовании, позволяет выявить основные сферы жизни, в которых наркозависимый на данный момент субъективно оценивает себя достигшим успеха или, наоборот, потерпевшим неудачи. Комплексный анализ и интерпретация результатов, полученных по данным методикам, позволяет оценить качество ремиссии пациента, степень реализации его «ресурсного» потенциала в социальных достижениях, а также выявить проблемные сферы, требующие дополнительного внимания, как специалистов, так и самого пациента. По мере прохождения курса реабилитации у наркозависимых

повышается уровень осмысленности жизни, субъективная удовлетворенность жизнью и появляются цели в будущем.

Выводы. Полученные результаты исследования свидетельствуют о важности поэтапной организации реабилитационного процесса, в котором на стационарном и амбулаторном этапах «закладывается» потенциал личностной адаптивности наркозависимых, способный максимально реализоваться на постреабилитационном этапе. Результаты проведенного исследования явно свидетельствуют о высокой эффективности реабилитационной программы «Фламинго», позволяющей наркозависимым не только воздерживаться от употребления ПАВ, но и достигать качественных изменений личности, формировать позитивную экзистенциальную позицию и высокую антинаркотическую устойчивость.

Литература / References

1. Бараненко, А.В., Калиниченко, О.Б. Оценка качества жизни у лиц, зависимых от алкоголя (обзор) // Украинский вестник психоневрологии. – 2003. – Т. 11, Вып. 2. – С.68 – 71.
2. Бохан. Н.А., Катков, А.Л., Россинский, Ю.А. Ранняя профилактика и реабилитация больных опийной наркоманией [Текст] / Н.А. Бохан, А.Л. Катков, Ю.А. Россинский. – Павлодар, 2005. – 287 с.
3. Дудко. Т.Н., Валентик. Ю.В., Востроknутов, Н.В., Гериш, А.А., Котельникова Л.А. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными вещами. – М.: Наркотек, 2001. – 68 с.
4. Дудко, Т.Н. Дифференцированная система реабилитации в наркологии [Текст] / Т.Н. Дудко, В.А. Пузиенко, Л.А. Котельникова. Методические рекомендации. – Москва, 2001. – 38 с.
5. Новик, А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в медицине. – М.: Изд-во «Гэотар-мед», 2004. – 304 с.
6. Катков, А.Л., Россинский Ю.А. Новые подходы в лечении и реабилитации наркозависимых // журнал «Вопросы наркологии Казахстана», Т. 2, 2002.- № 2, С.84-88.
7. Пятницкая, И.Н., Яковлев. А.И. Соотношения экзистенциальной позиции личности с терапевтическими ремиссиями при амбулаторной реабилитации наркотизирующихся подростков // Наркология. – 2004. - №2.
8. Семке, В.Я. Улучшение качества жизни как слагаемое общественного здоровья // Сибирский вестник психиатрии и наркологии.- 2000.- № 1.- С.4-8.

9. Foster ,J.H., Marshall E.J., Peters T.J. Application of a quality of life measure, the life situation survey (LSS), to alcohol-dependent subjects in relapse and remission // Alcohol. Clin. Exp. Res. — 2000. — Vol. 24, № 11. — P. 1687–1692.
10. Polak, K. The evaluation of the quality of life among professional soldiers with diagnosed alcohol addiction syndrome // Psychiatr. Pol. — 2001. — Vol. 35, № 6. - P. 1057–1070.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Т.В. Журавлева, С.Н. Ениколопов

ФГБУН «Государственный научный центр Российской Федерации – Институт медико-биологических проблем Российской академии наук», Россия, г. Москва

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья Министерства науки и высшего образования Российской федерации», Россия, г .Москва

Аннотация. В статье представлены социально-демографические и психологические особенности лиц молодого возраста без склонностей к самоубийству и с различными видами суицидального поведения. Исследование проводилось на выборке, включающей 150 лиц без суицидальных проявлений и 290 пациентов Научно-исследовательского института скорой помощи имени Н.В. Склифосовского, госпитализированных **в** отделение кризисных состояний и психосоматических расстройств после незавершенных попыток самоубийства. С помощью корреляционного анализа Пирсона выявлены просуицидальные и антисуицидальные факторы риска и оценена степень их взаимосвязи со страхом смерти и боязнью суицида. С помощью уравнения множественной регрессии проанализировано влияние данных факторов на принятие решения в пользу выбора смерти. Установлено, что наиболее значимую роль в суицидогенезе у лиц молодого возраста играют невыносимая психическая боль, слабые способности противостоять стрессу, отсутствие надежды на будущее, особенности психопатизации личности и степень социальной дезадаптации.

Ключевые слова: суицидальное поведение, суицидогенез, просуицидальные и антисуицидальные факторы, прогностические критерии суицидального риска.

PREDICTIVE FACTORS OF SUICIDAL RISK IN YOUNG PEOPLE

T.V. Zhuravleva, S.N. Enikolopov

State scientific center of the Russian Federation-Institute of medical and biological problems of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

Research center for mental health of the Ministry of science and higher education of the Russian Federation, Moscow, Russia

Abstract. The article presents the socio-demographic and psychological characteristics of young people without suicidal tendencies and with various types of suicidal behavior. The study was carried out on a sample of 150 persons without suicidal manifestations and 290 patients of Sklifosovsky Emergency Institute, hospitalized in the department of crisis states and psychosomatic disorders after incomplete suicide attempts. Using Pearson's correlation analysis, prosuicidal and anti-suicidal risk factors were identified and the degree of their relationship with the fear of death and the fear of suicide was assessed. Using the multiple regression equation, the influence of these factors on the decision making in favor of the choice of death was estimated. It has been established that the most significant role in suicidogenesis in young people is played by unbearable mental pain, weak ability to withstand stress, lack of hope for the future, personality psychopathization characteristics and the degree of social maladjustment.

Key words: suicidal behavior, suicidogenesis, prosuicidal and anti-suicidal factors, predictive criteria for suicidal risk.

Введение. Высокий уровень самоубийств в человеческом сообществе – одна из острейших проблем мирового масштаба. На текущий момент времени суициды занимают 10-е место среди общепопуляционных причин смертности [13, С.137]. В результате суицидальных действий ежегодно погибает более 800000 человек [17, С.1]. У лиц молодого возраста самоубийства составляют 6% от общего количества зафиксированных смертельных случаев в мире [18, С.881]. Для снижения числа попыток суицида и их предотвращения необходима разработка превентивных государственных программ. А это невозможно сделать без детального изучения факторов суицидального риска и прогнозирования готовности лиц с суицидальным поведением к совершению аутоагрессивных действий. Проведенный J.C. Franklin с соавторами мета-анализ 365 научных работ по оценке 3428 критериев, в той или иной степени влияющих на формирование суицидальных тенденций, показал, что каждое такое исследование длилось в среднем около 10 лет. Во всех работах достаточно точно верифицировались факторы, провоцирующие и

предотвращающие попытки самоубийства, но их прогностическая значимость была низкой [10, С.187]. Как полагает В.Ф. Войцех, прогнозирование индивидуального суицидального риска возможно только в раннем постсуицидальном периоде, так как обнаруженные сразу после незавершенной попытки самоубийства критерии не могут сохранять свою значимость на отдаленных этапах жизни человека [1, С.232]. Исследователями суицидального поведения предпринималось достаточно много попыток разработки математических моделей оценки риска самоубийств, но вплоть до настоящего времени так и не создано ни одной модели с высокой точностью прогнозирования.

Цель данной работы – изучение клинико-психологических особенностей суицидального поведения и выявление факторов риска самоубийства у лиц молодого возраста.

Объекты и методы исследования. В исследовании принимали участие 440 человек в возрасте от 18 до 44 лет. В контрольную группу, формировавшуюся из студентов, аспирантов ВУЗов г. Москвы и представителей профессий социального и экстремального профиля, было включено 150 психически здоровых лиц без суицидальных наклонностей (группа № 1). Их психологическое тестирование проводилось на основании информированного согласия. Группа суицидентов включала 290 пациентов Научно-исследовательского института скорой помощи имени Н.В. Склифосовского, госпитализированных в отделение кризисных состояний и психосоматических расстройств после незавершенных попыток самоубийства. Критериями исключения из группы служили тяжелое физическое и психическое состояние обследуемых и/или наличие органических психических расстройств, шизофрении, умственной отсталости и расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ. В группу суицидентов были отобраны 115 человек с самоповреждениями (группа № 2), 83 человека с одной попыткой (группа № 3) и 92 человека с многократными попытками самоубийства (группа № 4). Психологическое тестирование лиц с различными видами суицидального поведения проводилось в стационарных условиях на основании информированного согласия из истории болезни во время раннего постсуицидального периода.

Участникам исследования для письменного заполнения предъявлялись бланки следующих психологических методик: шкалы «Безнадежность». шкалы «Душевная боль». опросника «Причины для жизни». опросника «Отношение к смерти». шкалы «Страх личной смерти» и опросника «Причины попытки суицида».

Шкала «Безнадежность» (BHS) разработана А.Т. Беком на основе предложенной им когнитивной теории, в которой отсутствие надежды на будущее рассматривается в качестве основополагающего компонента негативного восприятия предстоящих событий [6, С.69].

Тест «Душевная боль» – русскоязычная версия единой шкалы «The Psychache Scale» (PS), созданной R.R. Holden, K. Mehta, E.J. Cunningham и L.D. McLeod [14, С.224] на основе предложенной Э. Шнейдманом теории. Невыносимая психическая боль в ней рассматривается как основной предиктор суицидальной попытки [6, С.63]. На русскоязычной выборке лиц с суицидальным поведением тест адаптирован Т.В. Журавлевой, С.Н. Ениколоповым, Н.В. Дворянчиковым и Ю.А. Бубеевым [2, С.99].

Методика «Причины для жизни» – русскоязычная версия опросника «Reasons for Living Inventory» (RFL 48), разработанного M.M. Linehan, J.L. Goodstein, S.L. Nielsen и J.A. Chiles [16, С.276] на основе когнитивно-поведенческой теории M.M. Linehan и теоретических представлений T.Millon о взаимодействии биологических и социальных факторов научения. Методика представляет собой форму самоотчета из 48 утверждений для выявления суицидальных наклонностей на основе оценки антисуицидальных факторов. Она включает шесть шкал: «Способность к выживанию и совладанию», «Ответственность перед семьей», «Забота о детях», «Боязнь суицида», «Боязнь общественного осуждения» и «Моральные запреты» [6, С.70]. На русскоязычной выборке суицидентов методика адаптирована Т.В. Журавлевой, С.Н. Ениколоповым, Н.В. Дворянчиковым и Ю.А. Бубеевым [2, С.00].

Опросник «Отношение к смерти» – русскоязычная версия теста «Death Attitude Profile-revised» (DAPR), созданного P.Wong, J. Reker и J. Gesser [19, С.121] на основе теории управления смыслом жизни P.Wong. Тест оценивает взгляды человека на смерть на ментальном уровне. Он состоит из 32 утверждений и включает пять шкал: «Принятие-приближение смерти», «Избегание темы смерти», «Страх смерти», «Принятие смерти как бегства» и «Нейтральное принятие смерти» [6, С.70]. На русскоязычной выборке лиц с суицидальным поведением опросник адаптирован К.А. Чистопольской, С.Н. Ениколоповым, А.В. Бадаляном и С.А. Саркисовым [7, С.36].

Шкала «Страх личной смерти» – русскоязычная версия теста «Fear of Personal Death Scale» (FPDS), разработанного V. Florian и S.Kravetz [11, С.600]. Шкала включает 31 утверждение. Она оценивает отторжение человеком темы смерти на внутриличностном, межличностном и надличностном уровнях. Внутриличностное измерение представлено тремя шкалами: «Последствия для личности», «Последствия для тела» и «Последствия для личных стремлений».

межличностное – двумя: «Последствия для близких» и «Страх забвения». надличностное – одной: «Трансцендентные последствия». На русскоязычной выборке суицидентов методика адаптирована К.А. Чистопольской, С.Н. Ениколоповым, А.В. Бадаляном и С.А. Саркисовым [7, С.37].

Опросник «Причины попытки суицида» – русскоязычная версия теста «Reasons for Attempting Suicide Questionaire» (RASQ), созданного D. Johns и R.R. Holden [15, С.266] на основе теорий когнитивно-поведенческой направленности. Тест содержит 14 утверждений, с его помощью оцениваются побудительные мотивы суицидальных действий. Он включает две шкалы: «Манипулятивная мотивация/Обвинение окружающих» и «Внутреннее смятение». На русскоязычной выборке лиц с суицидальным поведением опросник адаптирован Т.В. Журавлевой, С.Н. Ениколоповым, Н.В. Дворянчиковым и Ю.А. Бубеевым [2, С.102].

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica for Windows, версия 6.0, фирмы StatSoft, Inc. (США). Степень взаимосвязи переменных между собой оценивали с помощью коэффициента корреляции Пирсона. Для оценки вклада каждой независимой переменной в предсказание зависимой (критериальной), в качестве которой была выбрана «Боязнь суицида», применяли множественный регрессионный анализ.

Результаты исследования и их обсуждение. Социально - демографические характеристики обследованных групп лиц молодого возраста представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Социально -демографические характеристики обследованных групп лиц молодого возраста

Социально-демографические характеристики групп *(по количеству человек)*	**Группы обследованных лиц**			
	Группа лиц без суици-дальных проявлений	Группа лиц с самоповреж-дениями	Группа лиц с однократными попытками суицида	Группа лиц с многократными попытками суицида
Средний возраст в годах по группе (M±m)	25.42±0.53	31.23±0.81	30.54±0.91	31.75±0.86
Гендерная принадлежность: *Мужчины/Женщины*	74/76	74/41	54/29	49/43

Социальное положение: *Женат или замужем/ Холост или незамужем/ Разведен(-а)*	57/84/9	43/47/25	26/43/14	25/38/29
Уровень образования: *Высшее/ Неоконченное высшее/ Среднее специальное/ Среднее*	57/75/15/3	18/5/56/36	19/4/34/26	15/7/45/25
Дети : *есть/нет*	48/102	51/64	34/49	44/48

Как следует из данных таблицы 1, во всех группах лиц с суицидальным поведением было больше мужчин, лиц со средним и средним специальным образованием и лиц с проблемными взаимоотношениями в семье и ближайшем окружении. Согласно данным статистики, уровень самоубийств у мужчин выше, чем у женщин, в подавляющем большинстве стран мира. Исключения составляют только Китай, Ирак и Бангладеш [4, С.36]. M.M. DeLisle и R.R. Holden полагают, что формирование суицидальных тенденций тесно связано с уровнем интеллектуального развития и стремлением личности к самосовершенствованию [9, С.48]. По мнению М.И. Черепановой, одной из причин суицидального поведения может служить снижение социального статуса человека, способствующее его трудовой и социальной дезадаптации. Более чем 40% суицидальных попыток и самоубийств в молодежной среде происходят по мотивам семейного неблагополучия, особенно при воспитании в неполных семьях. При этом у относительного большинства суицидентов, как правило, нет собственных детей [5, С.233].

Клинико-психологические особенности лиц молодого возраста с различными видами суицидального поведения представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Клинико-психологические особенности лиц молодого возраста с различными видами суицидального поведения

Клинико-психологические характеристики групп *(по количеству человек: да/нет)*	**Группы суицидентов**		
	Группа лиц с само-повреждениями	Группа лиц с однократными попытками суицида	Группа лиц с многократными попытками суицида

Количество попыток в прошлом	от 2 до 28	0	от 1 до 5
Детская психическая травма в связи со смертью одного из родителей	8/107 (7 %)	8/75 (10 %)	12/80 (13 %)
Безработица и проблемы юридического характера	17/98 (15 %)	53/30 (64 %)	22/70 (24 %)
Членство в неформальных молодежных объединениях	22/93 (19 %)	18/65 (22 %)	22/70 (24 %)
Посещение суицидальных сайтов в интернете	25/90 (22 %)	28/55 (34 %)	44/48 (48 %)
Негативное отношение к медицинской эвтаназии	66/49 (57 %)	55/28 (66 %)	67/25 (73 %)
Импульсивность в принятии решения о самоубийстве	94/21 (82 %)	61/22 (73 %)	26/66 (28%)
Алкогольное опьянение в момент совершения попытки	62/53 (54 %)	60/23 (72 %)	45/47 (49 %)
Суицидальные попытки у близких родственников	22/93 (19 %)	40/43 (48 %)	50/42 (54 %)

Лица с самоповреждениями отличались от других групп лиц с суицидальным поведением повышенной импульсивностью в принятии решений. Причинение физического вреда своему здоровью чаще всего происходит в аффективном состоянии. Акт аутоагрессии совершается, как правило, внезапно, на высоте аффекта, в ответ на действие травмирующих психику факторов [1, С.205]. Лица, впервые попытавшиеся покончить с собой, в момент совершения суицидальных действий чаще представителей других обследованных групп находились в состоянии алкогольного опьянения. По-видимому, индивиды, однажды решившиеся на добровольный уход из жизни, полагали, что большие дозы алкоголя помогут им преодолеть инстинкт самосохранения. По мнению V.M. Gonzalez, C.M. Bradizza и R.L.Collins, представления суицидентов об алкоголе как о средстве, помогающем справиться с психической и физической болью, иллюзорны [12, С.445]. Лица с многократными попытками суицида в анамнезе отличались от других групп продуманностью решения добровольного ухода из жизни, более отягощенной наследственностью суицидального поведения, более высоким уровнем детских

психических травм и выраженным интересом к суицидальной проблематике в сети Интернет. Их поведение, на которое оказывали влияние и генетические, и психологические факторы, каждый раз было обусловлено стойким желанием добровольно прервать свою жизнь. Феномен повторяющегося суицида У. Джеймс еще в XIX веке предлагал рассматривать в контексте интеллектуального «tedium vitae» [3, С.24].

Обращает на себя внимание негативное отношение большинства лиц, совершивших попытки самоубийства, к медицинской эвтаназии (табл. 2). Скорее всего, это обусловлено психологическим осмыслением ими инстинкта выживания. Каждый из суицидентов уже однажды или многократно смог преодолеть собственный инстинкт самосохранения без посторонней помощи, поэтому, по их мнению, реализация суицидальных намерений в будущем так же не потребует чьего-либо вмешательства. По-видимому, отношение к медицинской эвтаназии у лиц с суицидальным поведением может рассматриваться в качестве прогностического фактора риска самоубийства.

Об отнесении тех или иных факторов к категории просуицидальных или антисуицидальных можно достаточно объективно судить по наличию корреляционных связей между баллами шкал применяемых тестов. При анализе зависимостей, по нашему мнению, следует опираться на постулаты теорий, лежащих в основе использующихся психологических методик. Шкалы «Безнадежность», «Душевная боль» и опросник «Причины попытки суицида» создавались их авторами для оценки суицидальных тенденций. Поэтому факторы, оцениваемые шкалами данных тестов, можно с уверенностью отнести к категории просуицидальных.

Методика «Причины для жизни» разрабатывалась как тест, оценивающий факторы, защищающие от самоубийства. Поэтому все шесть ее шкал имеют антисуицидальную направленность. Что касается опросника «Отношение к смерти» и шкалы «Страх личной смерти», то для верификации факторов суицидального риска мы с помощью корреляционного анализа Пирсона оценили связи баллов всех шкал данных тестов с баллами шкалы «Боязнь суицида». Обнаруженные статистически значимые отрицательные корреляции (во всех случаях $r>0,250$. $p<0,05$) между баллами шкалы «Боязнь суицида» и баллами шкал «Принятие-приближение смерти» и «Принятие смерти как бегства» у обследованных лиц позволили отнести оцениваемые ими факторы к категории просуицидальных. А положительные статистически достоверные корреляции (во всех случаях $r>0,250$. $p<0,05$) баллов шкалы «Боязнь суицида» с баллами шкал «Страх смерти», «Нейтральное принятие смерти», «Последствия для личности», «Последствия для личных стремлений», «Трансцендентные

последствия» и «Последствия для близких» у обследованных лиц позволили отнести оцениваемые ими факторы к категории антисуицидальных. Мы не выявили устойчивых статистически значимых корреляций баллов шкал «Избегание темы смерти», «Последствия для тела» и «Страх забвения» с баллами шкалы «Боязнь суицида». Но у лиц с многократными попытками суицида были обнаружены сильные позитивные взаимосвязи между баллами шкал «Избегание темы смерти» и «Принятие смерти как бегства» ($r=0,412$. $p<0,001$), а также между баллами шкал «Последствия для тела» и «Манипулятивная мотивация/Обвинение окружающих» ($r=0,364$. $p<0,001$). Это позволило отнести оцениваемые вышеназванными шкалами факторы к категории просуицидальных. Так же и выявленная у лиц с одной попыткой суицида в анамнезе слабая позитивная взаимосвязь баллов шкалы «Страх забвения» с баллами шкалы «Душевная боль» ($r=0,253$. $p<0,05$) позволила включить оцениваемый ею фактор в категорию просуицидальных. К.А. Чистопольская с соавторами тоже отнесли страх забвения к факторам, провоцирующим суицидальную активность, подчеркнув его дезадаптивный характер [8, С.61].

При проведении регрессионного анализа в качестве критериальной переменной нами была выбрана «Боязнь суицида». В уравнения множественной регрессии для каждой из обследованных групп лиц включались только статистически достоверные предикторы. С целью избегания эффектов мультиколлинеарности проводилась процедура пошагового включения в уравнения независимых переменных.

Для лиц без суицидальных проявлений за 12 шагов была получена высоко значимая ($F=6,4699$. $p<0,000000$) регрессионная модель, с помощью которой можно было объяснить 77 % вариации страха перед самоубийством. В уравнение множественной регрессии были включены 6 статистически достоверных по t-критерию Стъюдента предикторов:

$\hat{Y} = 12.48 + 0.47x_1 + 0.27x_2 + 0.20x_3 + 0.18x_4 + 0.16x_5 + 0.14x_6$, где

$\hat{Y}$ – боязнь суицида.

x_1 – боязнь общественного осуждения.

x_2 – манипулятивная мотивация/ обвинение окружающих.

x_3 – моральные запреты.

x_4 – последствия для близких.

x_5 – страх смерти.

x_6 – последствия для личности.

Согласно данным регрессионного анализа, уровень страха перед самоубийством у лиц без суицидальных наклонностей был тем выше, чем более

их волновало общественное мнение, чем сильнее была их склонность манипулировать окружающими, чем выше были их морально-нравственные ограничения на совершение суицидальных действий, чем сильнее был их страх смерти и ее последствий и чем менее они желали причинить боль близким.

Для лиц с самоповреждениями за 7 шагов была получена регрессионная модель, так же, как и в случае с лицами без суицидальных проявлений, обладающая высокой значимостью (F= 19,640. p<0,000000). С ее помощью можно было объяснить 71 % вариации боязни умереть в результате суицидальных действий. В уравнение множественной регрессии были включены 5 статистически достоверных по t-критерию Стъюдента независимых переменных:

$\hat{Y} = 14.39 + 0.11x_1 – 0.33x_2 – 0.32x_3 – 0.23x_4 – 0.23x_5$, где

$\hat{Y}$ – боязнь суицида.

x_1 – способность к выживанию и совладанию.

x_2 – душевная боль.

x_3 – манипулятивная мотивация/ обвинение окружающих.

x_4 – внутреннее смятение.

x_5 – страх забвения.

Как следует из данных, полученных в результате проведения регрессионного анализа, наибольший вклад в предсказание страха перед самоубийством у лиц с самоповреждениями внесли «Душевная боль» и «Манипулятивная мотивация/Обвинение окружающих». Боязнь суицида у лиц, склонных причинять физический вред своему здоровью, была тем ниже, чем выше была интенсивность их психической боли, чем сильнее они были склонны к манипулированию близкими людьми, чем более выраженным было их внутреннее смятение, чем больше они боялись забвения и чем слабее были развиты их способности преодоления стресса.

Для лиц, совершивших одну попытку самоубийства, за 6 шагов была получена высоко значимая (F=22,963. p<0,000000) регрессионная модель, позволяющая объяснить 78 % вариации боязни суицида. В уравнение множественной регрессии были включены 3 статистически достоверных по t-критерию Стъюдента предиктора:

$\hat{Y} = 18.39 + 0.31x_1 + 0.30x_2 – 0.30x_3$, где

$\hat{Y}$ – боязнь суицида.

x_1 – последствия для личности.

x_2 – способность к выживанию и совладанию.

x_3 – душевная боль.

Согласно полученным данным, у лиц с одной попыткой самоубийства в анамнезе все три предиктора вносили практически равный вклад в предсказание страха умереть в результате суицидальных действий. Уровень боязни самоубийства у лиц, однажды предпринявших попытку покончить с собой, был тем ниже, чем менее была наполнена смыслом их жизнь, чем слабее у них были развиты способности преодоления кризисных ситуаций и чем более интенсивную психическую боль они испытывали.

Для лиц с многократными попытками суицида в анамнезе за 9 шагов была получена регрессионная модель, обладающая высокой значимостью ($F=13{,}252$. $p<0{,}000000$). С ее помощью можно было объяснить 76 % вариации страха перед самоубийством В уравнение множественной регрессии были включены 2 статистически достоверных по t-критерию Стъюдента предиктора:

$\hat{Y} = 9.97 - 0.83x_1 + 0.43x_2$, где

$\hat{Y}$ – боязнь суицида.

x_1 – безнадежность.

x_2 – моральные запреты.

Исходя из данных регрессионного анализа, у лиц с многократными попытками суицида в анамнезе весомый вклад в предсказание боязни покончить с собой вносили только пессимистическое отношение к собственному будущему и религиозные запреты на добровольное лишение себя жизни, причем прогностическая ценность безнадежности была определяющей. Уровень страха перед самоубийством у лиц, многократно пытавшихся покончить с собой, был тем ниже, чем более пессимично они воспринимали свое будущее и чем менее были привержены религиозным запретам на собственноручное лишение себя жизни.

У лиц без суицидальных проявлений весомый вклад в предсказание страха перед самоубийством в основном вносили антисуицидальные факторы, такие, как «Боязнь общественного осуждения», «Моральные запреты» и «Последствия для близких». Данный факт отражает адекватную социальную адаптацию данной группы лиц. Набранные ими баллы по шкале «Боязнь суицида» положительно коррелировали с баллами шкалы «Манипулятивная мотивация/Обвинение окружающих» ($r=0{,}242$. $p<0{,}01$). Следовательно, лица без склонностей к самоубийству рассматривали суицидальное поведение как одну из отклоняющихся поведенческих форм. Они полагали, что суицидальные наклонности чаще формируются у лиц с развитыми навыками манипулирования окружающими. По мнению К.А. Чистопольской с соавторами, для суицидентов характерны инвертирование, а иногда и полная утрата взаимосвязей между переменными, значимыми в группах лиц без

суицидальных проявлений [8, С.67]. У обследованных нами групп суицидентов наиболее весомый вклад в оценку страха перед самоубийством вносили в основном просуицидальные факторы, такие, как «Безнадежность», «Душевная боль», «Манипулятивная мотивация/Обвинение окружающих» и «Внутреннее смятение». Несмотря на то, что у лиц, совершивших одну попытку самоубийства, наибольший вклад в оценку страха перед суицидом внесла такая переменная, как «Способность к выживанию и совладанию», вклад предиктора «Душевная боль» был почти равным ему.

Заключение. Опираясь на теории, лежащие в основе использованных в работе психологических тестов, и основываясь на данных корреляционного анализа Пирсона, можно с высокой степенью вероятности оценить про- и антисуицидальную направленность исследованных факторов. Факторы, оцениваемые шкалами «Безнадежность», «Душевная боль», «Принятие-приближение смерти», «Принятие смерти как бегства», «Избегание темы смерти», «Последствия для тела», «Страх забвения», «Манипулятивная мотивация/Обвинение окружающих» и «Внутреннее смятение», провоцируют суицидальную активность. Их направленность просуицидальна. А факторы, оцениваемые всеми шкалами методики «Причины для жизни», а также шкалами «Страх смерти», Нейтральное принятие смерти», «Последствия для личности», «Последствия для личных стремлений», «Трансцендентные последствия» и «Последствия для близких», способствуют предотвращению суицидального поведения. Их направленность антисуицидальна.

Согласно данным регрессионного анализа, наиболее весомый вклад в предсказание страха перед самоубийством у лиц с суицидальным поведением вносили интенсивная душевная боль, отсутствие надежды на будущее и слабые способности преодоления кризисных ситуаций. Риск совершения попытки самоубийства всегда в той или иной степени определяется этими факторами, а значимость других переменных может варьироваться достаточно широко в зависимости от психологических особенностей конкретной личности.

Литература / References

1. Войцех, В.Ф. Клиническая суицидология. – М.: Миклош, 2008. – 280 с.
2. Журавлева, Т.В., Ениколопов, С.Н., Дворянчиков, Н.В., Бубеев, Ю.А. Адаптация методик исследования суицидального поведения на выборке лиц с попытками самоубийства // Современная зарубежная психология. – 2018. – Т. 7. – № 3. – С.96-104.

3. Красненкова, И.П. Социально-философские и политико-правовые аспекты феномена суицида // Вестник Московского университета. – Серия 12. Политические науки. – 1998. – № 6. – С.18-33.
4. Орлова, Н.А. Гендерные аспекты самоубийств // Теория и практика общественного развития. –2015.–№ 20.–С.35-37.
5. Черепанова, М.И. Социальные условия и факторы суицидального поведения молодежи // Известия Алтайского государственного университета. – 2010.–№ 2-2 (66).–С.231-234.
6. Чистопольская, К.А., Журавлева, Т.В., Ениколопов, С.Н., Николаев, Е.Л. Адаптация методик исследования суицидальных аспектов личности // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2017. – Т. 14. – № 1. – С.61-87.
7. Чистопольская, К.А., Ениколопов, С.Н., Бадалян. А.В., Саркисов, С.А. Адаптация методик отношения к смерти у людей в остром постсуициде и в относительном психологическом благополучии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22. – № 2. – С.35-42.
8. Чистопольская, К.А., Ениколопов, С.Н., Чубина, С.А. Специфика отношений к жизни и смерти у пациентов в остром постсуициде и у врачей-психиатров // Суицидология. – 2019. – Т. 10. – № 2(35). – С.56-71.
9. DeLisle, M.M., Holden, R.R. Differentiating between depression, hopelessness and psychache in university undergraduates // Measurement and Evaluation in Counseling and Development. – 2009. – Vol. 42. – P. 46-63.
10. Franklin, J.C., Ribeiro, J.D., Fox, K.R., Bentley, K.H., Kleiman, E.M., Huang, X., Musacchio, K.M., Jaroszewski, A.S., Chang. B.P., Nock, M.K. Risk Factors for Suicidal Thoughts and Behaviors: A Meta-Analysis of 50 Years of Research // Psychological Bulletin. –2017. –Vol. 143. – No 2. – P. 187-232.
11. Florian,V., Kravetz, S. Fear of Personal Death: Attribution, Structure and Relation to Religious Belief // Journal of Personality and Social Psychology. – 1983. – Vol. 44. – P. 600–607.
12. Gonzalez, V.M., Bradizza, C.M., Collins R.L. V.M. Drinking to cope as a statistica mediator in the relationship between suicidal ideation and alcohol outcomes among underage college Drinker // Psychology Addictions Behavior. – 2009. – Vol. 23. – No 3. – P. 443-451.
13. Hawton, K., van Heeringen, K. Suicide. // Lancet. – 2009. –Vol. 373. – P. 1372-1381.
14. Holden, R.R., Mehta, K., Cunningham, E.J., McLeod L.D. Development and Preliminary validation of a scale psychache // Canadian Journal of Behavioural Science. – 2001. – Vol. 33. – P. 224-232.

15. Johns ,D., Holden ,R.R. Differentiating suicidal motivations and manifestations in a nonclinical population // Canadian Journal of Behavioural Science. –1997. –Vol. 29. – P. 266-274.
16. Linehan, M.M., Goodstein, J.L., Nielsen, S.L., Chiles J.A. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1983. –Vol. 51. – P. 276-286.
17. O'Connor, R.C., Portzky G. Looking to the Future: A Synthesis of New Developments and Challenges in Suicide Research and Prevention // Frontiers in Psychology. – 2018. – Vol. 9. – P. 1-14.
18. Patton, G.C., Coffey, C., Sawyer S.M., Viner R.M., Haller D.M., Bose K., Vos T., Ferguson, J., Mathers. K.D. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data // Lancet. – 2009. –Vol. 374. – P. 881-892.
19. Wong, P.T., Reker, G.T., Gesser, G. Death-Attitude Profile-Revised: A Multidimentional Measure of Attitudes toward Death / In.: Death anxiety handbook: research, instrumentation, and application / Ed. by R. Neimeyer. – New York: Taylor and Francis, 1994. – P. 121-148.

ОСОБЕННОСТИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В Г.КЕМЕРОВО В ПЕРИОД ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ, ОБУСЛОВЛЕННОГО РАСПРОСТРАНЕНИЕМ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Н.Г. Зарубина, Е.В. Богонис, И.И. Зорохович, И.Л. Люлина, О.В. Пичугина, Г.А. Селина

ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г.Кемерово

Аннотация. Проведен анализ медицинских освидетельствований на состояние опьянения лиц, доставленных сотрудниками правоохранительных органов в кабинеты медицинского освидетельствования Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Кузбасский клинический наркологический диспансер» в первом полугодии 2020 года. Установлено, что за исследуемый период отмечено повышение выявлений состояния опьянения за счет роста употребления алкоголя населением.

Ключевые слова: анализ, медицинское освидетельствование, состояние опьянения, рост, коронавирусная инфекция, психоактивные вещества, профилактические мероприятия, правоохранительные органы.

PECULIARITIES OF THE USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES DURING THE PERIOD OF EPIDEMIOLOGICAL DISEASE CAUSED BY THE SPREAD OF NEW CORONAVIRUS INFECTION IN KEMEROVO

N.G. Zarubina, E.V. Bogonis, I.I. Zorokhovich, I.L. Lyulina, O.V. Pichugin, G.A. Selina

Kuzbass clinical narcological dispenser, Russia, Kemerovo.

Abstract. The analysis of medical examinations of persons delivered by law enforcement officers to the medical examination rooms of GBUZ KKND for the first half of 2020 was carried out. It was found that during the study period there was an increase in the detection of the state of intoxication due to the increase in alcohol consumption by the population.

Key words: analysis, medical examination, growth, coronavirus infection, psychoactive substances, preventive measures, state of intoxication, law enforcement.

Всемирной организацией здравоохранения вспышка инфекции COVID-19, вызванная коронавирусом SARS-CoV-2 была объявлена чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение, а 11.03.2020 объявлена пандемией. Президент Российской Федерации В.В. Путин подписал Федеральный закон № 145-ФЗ от 24.04.2020 «О внесении изменений в статью 16 Федерального закона «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции и об ограничении потребления (распития) алкогольной продукции», в соответствии с которым в России введены ограничения на розничную продажу алкоголя в заведениях общественного питания, которые расположены в многоквартирных домах или на прилегающих к ним территориях, а также предоставлено право регионам вводить дополнительные ограничения розничной продажи алкогольной продукции вплоть до полного ее запрета. Перечисленные меры направлены на предотвращение увеличения употребления алкоголя в условиях самоизоляции.

Злоупотребление алкогольными напитками, наркотическими средствами и токсическими веществами среди населения г.Кемерово всегда являлось острой социально значимой проблемой, обострения которой можно было ожидать в период самоизоляции, так как пандемия, страх, тревога, социальная изоляция приводят к росту зависимостей. Возникла серьезная угроза того, что люди, которые имеют предрасположенность к употреблению

психоактивных веществ, могут находиться в группе риска, а отсутствие социальной поддержки может привести к росту самодеструктивного поведения.

Организационно-методическим центром наркологической службы в Кузбассе является Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кузбасский клинический наркологический диспансер», в структуру которого входят кабинеты медицинского освидетельствования на состояние опьянения, осуществляющие свою работу при плотном взаимодействии с различными структурами МВД России по Кемеровской области.

Для изучения ситуации в г.Кемерово, связанной с употреблением психоактивных веществ в период эпидемиологического неблагополучия, были исследованы акты медицинского освидетельствования на состояние опьянения лиц, доставленных сотрудниками правоохранительных органов в кабинеты медицинского освидетельствования.

Освидетельствования проводились врачами-психиатрами-наркологами в соответствии с приказом МЗ РФ от 18.12.2015 № 933н «О порядке проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)»

За период с января по июнь 2020 года было проведено 1182 медицинских освидетельствования на состояние опьянения по направлениям сотрудников правоохранительных органов, из них 1003 освидетельствования с установленным заключением о наличии алкогольного или наркотического опьянения, (таблица 1).

Таблица 1.

Количество медицинских освидетельствований на состояние опьянения по направлениям сотрудников правоохранительных органов

Год	Всего освидетельствований	Из них установлено состояние опьянения
2018	1479	1187
2019	1271	1012
2020	1182	1003

Общее количество медицинских освидетельствований проведенных в условиях сложной эпидемиологической ситуации снизилось на 6% по сравнению с аналогичным периодом 2018 года и на 8% по сравнению с 2019 годом. Это может быть связано с тем, что многие граждане соблюдали режим самоизоляции, работали дистанционно, реже выходили на улицу и посещали

общественные места, соблюдали ограничения, введенные на большей части России. Несмотря на это, вырос процент выставленных заключений «Установлено состояние опьянения» при проведении медицинских освидетельствований по направлению сотрудников полиции (таблица 2).

Рост безработицы и кризис COVID-19, а так же экономический спад в этот период усугубляет проблему употребления психоактивных веществ у категории безработных граждан. Из числа лиц, доставленных на освидетельствования по направлению сотрудников правоохранительных органов с установленным состоянием опьянения 96% безработные (таблица 3).

Таблица 2.

Результаты проведенных медицинских освидетельствований на состояние опьянения по направлению сотрудников правоохранительных органов

	2018год			2019год			2020год		
	всего	Состояние опьянения	Другие виды заключений	всего	Состояние опьянения	Другие виды заключений	всего	Состояние опьянения	Другие виды заключения
январь	309 100%	228 75%	81 27%	266 100%	214 80.4%	52 19.6%	197 100%	167 84.7%	48 15.3%
февраль	271 100%	222 81.9%	49 18.1%	215 100%	178 82.7%	37 17.3%	237 100%	201 84.8%	36 (15.2%
март	226 100%	185 81%	41 19%	156 100%	127 81.4%	29 18.6%	240 100%	198 82.5%	42 17.5%
апрель	254 100%	202 79.5%	52 20.5%	252 100%	171 67.8%	81 32.2%	213 100%	175 82.1%	38 18%
май	227 100%	189 83.2%	38 16.8%	158 100%	134 84.8%	24 15.2%	153 100%	141 92.1%	12 7.9%
июнь	192 100%	161 83.8%	31 16.2%	224 100%	188 83.9%	36 16.1%	142 100%	121 85.2%	21 14.8%

Таблица 3.

Занятость лиц, освидетельствованных по направлению сотрудников правоохранительных органов, с установленным состоянием опьянения

Всего	Количество освидетельствованных	Занятость	
		работающие	неработающие
2018	1187	40	1147

2019	1012	51	961
2020	1003	51	952

По предоставленной информации сотрудниками ГИБДД, с января по июнь 2020 года в г. Кемерово выявлено и привлечено к административной ответственности 782 человека управляющих транспортными средствами в состоянии алкогольного или наркотического опьянения (таблица 4).

Таблица 4.

Количество лиц, управляющих транспортными средствами в состоянии опьянения за период 2018-2020гг. выявленных сотрудниками ГИБДД

Год (январь-июнь)	Всего	Установлено состояние опьянение алкогольное	Установлено состояние опьянение наркотическое
2020	782	731	51
2019	590	541	49
2018	683	632	51

В период с января по июнь 2020 года наблюдается рост количества выявленных лиц, управляющих транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения по сравнению с данными за 2018 и 2019 годы, что может быть связано со стрессом, который многие испытывали из-за смены привычного образа жизни в период всеобщего карантина.

Таким образом, согласно результатам исследования, можно сделать вывод, что за период с января по июнь 2020 года в г.Кемерово при проведении медицинского освидетельствования на состояние опьянения лицам, доставленным сотрудниками правоохранительных органов, увеличился процент установленных состояний опьянения по отношению к общему количеству проведенных освидетельствований данной категории граждан.

Установленные особенности употребления психоактивных веществ в период сложной эпидемиологической ситуации должны учитываться заинтересованными организациями при планировании мероприятий по профилактике, диагностике и лечению наркологических заболеваний. Это особенно важно в период распространения неинфекционных заболеваний, ограничительных мероприятий и их последствий для населения.

Литература / References

1. Всемирная организация здравоохранения. Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. План действий на 2013-2020г.г. - Женева, 2014. – 114 с.
2. Всемирная организация здравоохранения. Вступительное слово Генерального директора на пресс - брифинге по COVID 19. 11.03.2020. - URL: http://www.consultant.ru/document /cons_doc_LAW_351160/. (дата обращения: 15.06.2020).
3. Федеральной закон № 145-ФЗ от 24.04.2020 «О внесении изменений в статью 16 Федерального закона «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции и об ограничении потребления (распития) алкогольной продукции».[Электронный ресурс]. - URL: http://www.consultant.ru/document /cons_doc_LAW_351160/. (дата обращения: 15.06.2020).
4. Информационно-аналитический сборник «Пандемия COVID-19»/ Биология и экономика // Специальный выпуск. – ВИНИТИ, Москва, 2020.- 455с.
5. Портнов, А.А. Общая психопатология. - Медицина, 2004. -324 с.
6. Методические рекомендации по профилактике злоупотребления алкоголем и связанных с ним заболеваний и состояний, в том числе в период пандемии COVID-19 и её последствий. (ГБУЗ МНПЦ наркологии ДМЗ) Аршинова В.В, Бедина И.А., Брюн Е.А., и др. Москва - 2020.- 212 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В РЕЖИМЕ ДИСТАНЦИОННОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПОДРОСТКАМ, НАХОДЯЩИМСЯ В КРИЗИСНОМ СОСТОЯНИИ И ЧЛЕНАМ ИХ СЕМЕЙ

В.А. Землянская, Ю.В. Колпакова

ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер»,
Россия, г. Кемерово

Аннотация. Ежегодно на «Тедефон Доверия» ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер» поступает большое количество звонков от детей, подростков и их родителей. Так, например, в 2019г около 45% (в абсолютном выражении это составляет около 12000 звонков) от общего количества обращений, поступающих на «Тедефон Доверия», составили звонки несовершеннолетних и их близких людей. Возможность получения дистанционного психологического консультирования в трудной жизненной ситуации позволяет купировать острую реакцию на стресс и тем самым

предотвратить появление суицидоопасных состояний у подростков. В данной статье предлагаем рассмотреть особенности психоэмоционального развития детей в подростковом возрасте, факторы, которые заставляют подростков и их родителей обращаться за помощью в службу «Телефона Доверия», а также направления работы с подобными обращениями.

Ключевые слова: «Тедефон Доверия», подросток, психологическая помощь.

PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE IN THE MODE OF DISTANCE COUNSELING TO ADOLESCENTS IN CRISIS AND MEMBERS OF THEIR FAMILIES

V.A. Zemlyanskaya, Yu.V. Kolpakova

Kuzbass Clinical Narcological Dispensary, Russia, Kemerovo

Abstract. Every year, the helpline of the Kuzbass Clinical Narcological Dispensary receives a large number of calls from children, adolescents and their parents. For example, in 2019, about 45% (in absolute terms, this is about 12,000 calls) of the total number of calls received on the Helpline were calls from minors and their loved ones. The possibility of receiving remote psychological counseling in a difficult life situation allows you to stop an acute reaction to stress and thereby prevent the appearance of suicidal states in adolescents. In this article, we propose to consider the features of the psycho-emotional development of children in adolescence, the factors that force adolescents and their parents to seek help from the helpline service, as well as areas of work with such appeals.

Key words: Helpline, teenager, psychological help.

Наступает момент, когда с еще недавно послушными детьми становится невозможно договориться, и это объяснимо: ребенок вступает в противоречивый возраст, когда детство подходит к концу, а взрослая самостоятельность еще не наступила. Подростку хочется независимости и возможностей взрослого, но при этом он продолжает рассчитывать на снисходительность к себе, как к ребёнку. А в реальности всё наоборот: с него требуют, как со взрослого, а ограничивают, как ребёнка. Почти все «неудобные» для окружающих реакции подростков объясняются этим противоречием.

Главная особенность подросткового периода - резкие, качественные изменения, затрагивающие все стороны развития ребенка. Подростки совершенно по-другому начинают осмысливать свои действия, поступки, слова,

задумываться над тем, что раньше для них не имело большого значения или не интересовало.

Важный фактор психического развития в подростковом возрасте – общение со сверстниками, которое является ведущей деятельности этого периода. Стремление подростка утвердить свое положение среди сверстников, сопровождается повышенной конформностью к ценностям и нормам группы сверстников. Именно проблемы и противоречия, возникающие при установлении контактов в своей референтной группе, являются наиболее частой причиной обращения подростков на «Телефон Доверия».

Кроме того, традиционно, подростковый возраст рассматривается как период отделения (сепарации) от взрослых. Ярко выражены не только стремление противопоставить себя взрослым, отстаивать свою независимость и права, но и ожидание от взрослых помощи, защиты и поддержки, доверие к ним, ожидание их одобрения и оценок. Значимость взрослого отчетливо проявляется в том, что для подростка существенна не столько сама по себе возможность самостоятельно распоряжаться собой, сколько признание этой возможности окружающими его взрослыми, а так же принципиального равенства его прав с правами взрослого человека. Если подросток этого не чувствует, то у него возникает «реакция протеста», перерастающая, как правило, в открытый конфликт. Такая ситуация приводит к обращениям на «Телефон Доверия» как самих детей, так и, не всегда понимающих что происходит, родителей.

Наибольшей «трудностью» взросления, как для подростков, так и для их родителей является подростковый кризис. Это «ломка», резкая смена всей системы переживаний подростка, ее структуры и содержания. Даже для здоровых подростков в этот период характерны: неустойчивость настроения, физического состояния и самочувствия, противоречивость побуждения, ранимость, депрессивные переживания.

Часто встречается у подростков «аффект неадекватности». Так называют эмоциональную реакцию большой силы по самому незначительному поводу. Такое поведение связано с противоречием между низкой самооценкой подростка и высоким уровнем притязания. Кроме того, в подростковом возрасте появляется и первый негативный опыт (несчастная любовь, предательство друзей, курение, алкоголь, легкие наркотики или психостимулирующие таблетки и т.п.). Обсуждение негативного опыта и его последствий очень характерно для обращений подростков на «Телефон Доверия». Ведь подобные темы сложно поднять в разговоре с родителями.

По мнению А.А. Мещерякова, «экзистенциальные и личностные проблемы подростка одно из главных направлений работы в области телефонного консультирования». *Основная цель консультирования* подростков при обращении их на «Тедефон Доверия» – оказание им содействия в процессе взросления, помощь в изучении своих чувств и мыслей, принятии и оценке их собственных решений. Такая цель отвечает широкому кругу проблем подросткового возраста (детско-родительские конфликты, чувство неполноценности подростка, борьба за личный и социальный статус, проблемы интимности и сексуальных отношений, проблемы саморазвития и самопознания и т.п.). *Задачами консультирования* при работе с такими запросами являются взаимосвязанные процессы: информирование, помощь в анализе возникшей ситуации, поиск путей решения проблемы.

Когда подростки по какой-либо причине не могут напрямую поговорить о своей проблеме с родителями или другими близкими людьми, они обращаются на «Телефон Доверия»

Проблемы, заявляемые подростками при обращении за дистанционным консультированием, можно условно разделить на следующие группы:

- взаимоотношения с друзьями и любимыми,
- вопросы сексуальности.
- взаимоотношений в семье (преимущественно конфликты) поколений, семейное насилие, разводы родителей).
- различные школьные проблемы (в т.ч. сдача экзаменов).
- переживание горя.
- депрессии.

и другие проблемы.

Большая часть из отмеченных проблем вызывают у детей и подростков острую реакцию на стрессовую ситуацию, приводя к развитию различных кризисных состояний. Это может проявляться в форме приходящих состояний психического напряжения, замкнутости, агрессивности, пассивности или эмоциональных расстройств. Так же высока вероятность появления у подростка суицидоопасных реакций. Учитывая особенности психо-эмоционального развития в подростковом периоде, любая, даже самая незначительная, стрессовая ситуация, многократно увеличивает риск совершения подростком суицида.

Душевное здоровье ребенка закладывается в семье, а родители, как «значимые взрослые», своим поведением формируют установки, которым будет следовать ребенок в своей дальнейшей жизни. Поэтому огромное значение в работе консультанта «Телефона Доверия» имеет не только работа с

подростками, но и, безусловно, с их родителями и близкими людьми. Не понимая душевного состояния ребенка, родители, обычно, испытывают множество противоречивых чувств: растерянность, злость, раздражение, обиду, вину, страх, ненависть.

Задача консультанта в этих случаях – помочь обратившемуся понять и принять свои чувства, получить доступ к своему ресурсному состоянию, чтобы иметь возможность взглянуть на проблему с разных точек зрения: со стороны наблюдателя и глазами своего ребенка.

Подростки воспринимают свои проблемы очень остро, и потому любая возникающая в его жизни проблема кажется огромной и непреодолимой. Поддержка со стороны родителей в таких ситуациях очень значима для детей любого возраста, но особое значение она приобретает у подростков. Для оказания поддержки своему ребенку, очень важно, чтобы родители были психологически устойчивыми и уверенными в себе людьми. Помочь им почувствовать себя таковыми, и есть одна из основных задач консультанта Телефона доверия.

По характеру детских и родительских обращений на «Телефон Доверия» можно уверенно сказать о том, что, очень часто, отношения детей и родителей – это отношения недоверия. У детей нет надежды, что родители чем-то помогут, если к ним обратиться за помощью. А вместо того, чтобы выстраивать доверительные отношения со своими детьми, родители, наоборот – отпугивают их категоричной реакцией на доверительный рассказ ребенка или отделаются дежурными фразами.

Общение родителей с детьми обычно строится односторонне. не как диалог, а авторитарно, «сверху вниз», как доведение до ребенка какой-то информации, требований. Дети явно страдают от «непонятости» и «непринятости» в семье. Казалось бы, все перечисленные проблемы говорят об отсутствии эмоционального контакта между детьми и родителями. И в то же время, как много искренней любви, боли, беспокойства за родных, желания теплоты и понимания от близких людей слышат консультанты «Телефона Доверия», разговаривая как со взрослыми, так и с детьми.

Телефонный консультант часто выступает в роли посредника в отношениях между родителями и детьми. Консультанту очень важно занимать нейтральную позицию, разбираясь в семейной ситуации абонента. Нужно помнить, что «у каждого в семье своя боль», каждый склонен воспринимать себя жертвой. Позиция консультанта – позиция «Взрослого», который безоценочно принимает собеседника и дает ему поддержку.

Практика показала, что родителям, обеспокоенным поведением своих детей, иногда важно просто получить информацию о том, что происходит с подростком и как ему можно помочь. В этом случае консультант берет на себя просветительскую функцию, оставляя право выбора за родителями.

Дистанционное консультирование очень привлекает как подростков, так и их родителей благодаря своей доступности, анонимности и конфиденциальности. Это позволяет, что называется, не выносить «сор из избы» и, оставаясь «неузнанным», всего лишь поднять трубку телефона и получить профессиональную психологическую консультацию по интересующему вопросу прямо у себя дома. Возможность немедленно обсудить возникшую стрессовую ситуацию, многократно снижает риск развития суицидоопасной реакции.

Литература / References

1. Абрамова, Г.С.Введение в практическую психологию – М. 2004. – 132 с.
2. Кулаков, С.А. На приеме у психолога: подросток. – СПб. 2001.-156 с.
3. Моховиков, А.Н. Телефонное консультирование. – М., Смысл, 2011. -178 с.
4. Мещеряков, А.А. Работа консультанта «Телефона Доверия» с экзистенциальными кризисами подростка.// Работа переживания и психологическая помощь детям// Сборник статей и тезисов выступлений Международной конференции «Телефонов Доверия». – М.: Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения, 2007. -342 с.

ИСПОЛНЕНИЕ ЛИЦАМИ ВОЗЛОЖЕННЫХ СУДОМ ОБЯЗАННОСТЕЙ ПРИ ПРИВЛЕЧЕНИИ К АДМИНИСТРАТИВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ В СВЯЗИ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2019 ГОДУ

И.И. Зорохович, Д.В. Вострых, Г.С.Дементьева, А.А. Лопатин
ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер»,
Россия, г. Кемерово

Аннотация. В статье отражены аспекты обеспечения эффективного контроля за исполнением лицами возложенных на них судом обязанностей при привлечении к административной ответственности в связи с употреблением наркотических средств.

Ключевые слова: наркотические средства, административная ответственность, правоохранительные органы, мировые судьи, межведомственное взаимодействие.

EXECUTION BY PERSONS OF THE OBLIGATIONS IMPOSED BY THE COURT WHEN OBLIGED TO ADMINISTRATIVE IN CONNECTION WITH THE USE OF NARCOTIC DRUGS IN THE KEMEROVSK REGION IN 2019

I.I. Zorokhovich, D.V. Vostrykh, G.S. Dementieva, A.A. Lopatin
Kuzbass Clinical Narcological Dispensary, Russia, Kemerovo

Abstract. The article reflects the aspects of ensuring effective control over the execution by persons of the duties assigned to them by the court when bringing to administrative responsibility in connection with the use of drugs.

Key words: narcotic drugs, administrative responsibility, law enforcement, justices of the peace, interagency cooperation.

С 2013 года в Российской Федерации действует Федеральный закон №313-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», который должен способствовать профилактике немедицинского потребления наркотических средств среди населения. Ответственным ведомством при его исполнении является МВД России, но при этом, согласованная работа с институтом мировых судей и наркологической службой является важной составляющей по исполнению закона в конкретном населенном пункте.

По итогам работы за 2019 год проведен анализ статистических сведений о лицах, привлеченных к административной ответственности по статьям 6.8 и 6.9 КРФобАП в городе Кемерово.

За 2019 год в адрес диспансерно-поликлинического отделения государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Кузбасский клинический наркологический диспансер» поступило 265 копий решения мировых судей в отношении лиц, привлеченных к административной ответственности по статьям 6.8 и 6.9 КРФобАП за хранение или потребление наркотических средств без назначения врача, в рамках действующего законодательства (Федеральный закон от 25.11.2013 № 313-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», Постановление Правительства Российской Федерации от 28.05.2014 № 484 «Об утверждении Правил контроля за исполнением лицом возложенной на него

судом при назначении административного наказания обязанности пройти диагностику, профилактические мероприятия, лечение от наркомании и (или) медицинскую и (или) социальную реабилитацию в связи с потреблением наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача»).

81% из числа лиц, привлеченных к административной ответственности по статьям 6.8 и 6.9 КРФобАП (215 человек), не явились для прохождения диагностики, тем самым не исполнив возложенную на них мировым судом обязанность, о чем сотрудниками ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер» были направлены уведомления, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации, в соответствующие отделы МВД России по городу Кемерово.

Лишь 50 человек (19%) прошли назначенную судом диагностику, из них закончили лечение 22 человека (44%), однако более 90% пациентов из числа пролеченных отказались от прохождения медицинской реабилитации.

Кроме того, треть пациентов уклоняются от рекомендованного диспансерного наблюдения у врача психиатра-нарколога.

Несмотря на проводимые сверки и направляемые городской наркологической службой в установленные сроки уведомления об уклонении лиц от исполнения возложенных обязанностей, за 2019 год в ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер» не было направлено лиц, привлеченных к административной ответственности по статье 6.9.1 КРФобАП за уклонение от возложенной на них мировыми судьями обязанности прохождения диагностики (лечения, медицинской реабилитации) в связи с потреблением наркотических средств.

Тем самым, в городе Кемерово создается неблагополучная ситуация в части исполнения Федерального закона от 25.11.2013 № 313-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» и Постановления Правительства Российской Федерации от 28.05.2014 № 484 «Об утверждении Правил контроля за исполнением лицом возложенной на него судом при назначении административного наказания обязанности пройти диагностику, профилактические мероприятия, лечение от наркомании и (или) медицинскую и (или) социальную реабилитацию в связи с потреблением наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача».

В результате можно говорить о необходимости решения вопросов, касающихся вынесения мировыми судьями постановлений в отношении привлеченных к административной ответственности по статьям 6.8 и 6.9 КРФобАП в части возложения на всех лиц обязанности прохождения не только диагностики и профилактических мероприятий, но и лечения от наркотической

зависимости и медицинской реабилитации и осуществления территориальными отделами полиции МВД России по городу Кемерово эффективного контроля за исполнением лицами возложенных на них судом обязанностей прохождения диагностики, лечения и медицинской реабилитации.

Аналогичная ситуация по исполнению Федерального закона от 25.11.2013 № 313-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» наблюдается как в целом по Кемеровской области, так и в субъектах Сибирского федерального округа (таб. 1).

Таблица 1.

Статистические сведения о лицах, привлеченных к административной ответственности по статьям 6.8 и 6.9 КРФобАП в Сибирском федеральном округе в 2019 году

Субъект	Число лиц, привлеченных к административной ответственности за потребление наркотиков с возложением обязанности пройти диагностику, профилактические	Число лиц, обратившихся в медицинские организации	Не выявлено наркологических расстройсТВ (из числа указанных в столбце 3)	Из числа лиц, указанных в столбце 3				
				взято впервые под ДН	пролечено амбулаторно	пролечено в ДС	пролечено в стационаре	прошло медреабилитацию
Р. Алтай	38	33		33	11			
Р. Тыва	267	51	2	36	20	20	26	1
Р. Хакассия	793	699	216	283	357		16	122
Алтайский край	423	357		215	160	24	32	165
Красноярский край	235	121		38			3	4
Иркутская область	476	377	26	180	14		258	79
Кемеровская область	265	201	19				28	1
Новосибирская область	306	154	17	137	52	52	85	33
Омская область	492	251	5	149	140	32	170	52
Томская область	101	89	8	25	1	1	11	5
ИТОГО	**3396**	**2333**	**293**	**1096**	**755**	**129**	**629**	**462**

		68,7 %	**12,6%**	**47 %**	**32,4%**	**5,5%**	**27%**	**19,8%**

Таким образом, отсутствуют административные механизмы воздействия по организации обязательного лечения лиц, на которых решением суда возложена обязанность пройти диагностику, профилактические мероприятия, лечение от наркомании и (или) социальную реабилитацию в связи с потреблением наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача.

Более половины от общего числа лиц, которым судом вменена обязанность пройти диагностику и лечение, вообще не обращаются в медицинские организации. Около 30% из числа лиц, обратившихся по решению суда, уклоняются от прохождения курса лечебно-реабилитационных мероприятий.

Несмотря на то, что наркологические организации информируют сотрудников ГУ МВД России в субъектах СФО о лицах, уклоняющихся от исполнения решения суда, механизмы воздействия на таких лиц практически не работают.

В целях обеспечения 100% уровня обращаемости в наркологические медицинские организации для исполнения обязанности лиц, привлеченных к административной ответственности, необходимо конкретизировать регламент эффективного контроля исполнения лицам обязанностей со стороны правоохранительных органов.

Кроме того, необходимо регламентировать действующими нормативными документами мероприятие об обязательном возложении мировыми судьями обязанностей прохождения лечения от наркотической зависимости и медицинской реабилитации на всех лиц, у которых по результатам проведенной диагностики устанавливается наличие наркологического расстройства.

Также необходимо рассмотрение вопроса включения в законодательные акты административных механизмов воздействия по организации обязательного лечения лиц, на которых решением суда возложена обязанность пройти диагностику, профилактические мероприятия, лечение от наркомании и (или) социальную реабилитацию в связи с потреблением наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача.

Кроме того, возможно рассмотрение вопроса о принятии и применении аналогичных норм административного воздействия в отношении лиц,

употребляющих алкогольные напитки или находящихся в состоянии алкогольного опьянения в общественных местах.

ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ У ПОДРОСТКОВ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ПРИЁМА ПИЩИ

А.А. Иноятов

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт Ташкент, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Аннотация. В данной статье рассматриваются результаты исследования, которые позволяют выявить особенности формирования суицидальных тенденций у подростков с расстройствами пищевого поведения. Полученные в работе данные о степени суицидального риска и тяжести депрессивной симптоматики у подростков с расстройствами пищевого поведения могут использоваться для оптимального выбора реабилитационных технологий, а также для более точного прогнозирования ожидаемой эффективности психотерапевтического вмешательства и перспектив социальной адаптации подростков.

Ключевые слова: расстройства приёма пищи. подростки. эмоциональные расстройства. суицидальное поведение. самоповреждения.

FEATURES OF SUICIDAL TENDENCIES IN ADOLESCENTS WITH EATING DISORDERS

A.A. Inoyatov A.A.

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Abstract. This article examines the results of a study that reveal the features of the formation of suicidal tendencies in adolescents with eating disorders. The data obtained in this work on the degree of suicidal risk and the severity of depressive symptoms in adolescents with eating disorders can be used for the optimal choice of psychocorrectional and rehabilitation technologies, as well as for more accurate prediction of the expected effectiveness of psychotherapeutic intervention and the prospects for social adaptation of adolescents.

Key words: eating disorders. adolescent. emotional disorders. suicide behavior. self-harm.

Актуальность проблемы исследования аутодеструктивных действий у подростков с нарушением пищевого поведения вызвана ростом числа

суицидальных попыток, обусловленных личностной незрелостью и наличием депрессивной симптоматики у данного контингента пациентов [8,С.19]. Расстройства приема пищи, начинающиеся в детском и подростковом возрасте, имеют тяжелые последствия для состояния здоровья подростков в будущем, сопровождаются формированием депрессивной симптоматики и риском развития суицидального поведения [6, С.9.; 7, С.166]. У пациентов появляется скрытый внутриличностный конфликт, трансформирующийся в болезненный симптомокомплекс [9, С.25]. Пациенты и их родственники испытывают опасения, тревогу, навязчивые страхи по поводу обращения за психиатрической помощью из-за искаженного восприятия этой части медицины и «стигмы» психического расстройства [10, С.973]. В пубертатном периоде отмечается нарастание депрессивной симптоматики на фоне идей собственной неполноценности и дисморфофобических включений со склонностью к суицидальному поведению, своевременно не диагностированных вследствие неблагополучного эмоционального микроклимата в семье и отсутствия взаимопонимания между детьми и родителями [1, С.107]. Возникновению суицидального поведения способствуют дисморфофобические симптомокомплексы, которые проявляются у подростков расстройствами пищевого поведения [4, С.151]. Депрессивные состояния, коморбидные с физиологическими нарушениями и физическими факторами в подростковом и юношеском возрасте повышают риск суицидальных тенденций и суицидальных попыток [2, С.8]. По данным исследований Григоренко Е.А, для суицидентов - подростков характерны следующие особенности: чрезмерная обидчивость, ранимость. снижение толерантности к эмоциональным нагрузкам. низкая самооценка. отвержение социальным окружением, чувство ненужности и никчемности. переживание собственной неполноценности, пассивность в разрешении трудных ситуаций [3, С.40]. По мнению Н.Ю. Жуковой, суицидальное поведение детерминировано развитием внутриличностного конфликта под воздействием внешних стрессогенных факторов, межличнсотных конфликтов, а также возникновением психопатологических нарушений, вызывающих аутодеструктивное поведение, не связанное с воздействием внешних факторов [5, С.27].

Цель исследования: изучить клинические особенности суицидальных тенденций у подростков с нарушениями пищевого поведения для оптимизации лечебно-профилактических мероприятий и дифференцированного выбора психотерапевтической тактики.

Материалы и методы исследования: было обследовано 52 пациентки в возрасте 15-19 лет, отвечающим диагностическим критериям согласно МКБ-10

F - «Психические расстройства и расстройства поведения». рубрика - «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами». группа F50 Расстройства приема пищи: F50.0 «Нервная анорексия». Для исследования эмоциональной патологии использовались экспериментально-психологические методы исследования: шкала оценки депрессии Цунга, для определения степени суицидального риска и особенностей суицидальных тенденций была использована «Колумбийская шкала оценки тяжести суицидального риска»(Posner K., Brent D., Lucas C., 2009)..

Результаты и обсуждение. На инициальном этапе исследования при оценке выраженности депрессивных расстройств по шкале Цунга тяжелой степени депрессии среди подростков выявлено не было, основную массу 61,5% (32 пациентки) составили исследуемые с легкой степенью депрессии и лишь в 38,5% случаев (20пациенток) была выявлена депрессия средней тяжести. Депрессивная симптоматика проявлялась тревожно-фобическими расстройствами и сомато-вегетативными компонентами в виде стойкого снижения аппетита на фоне пониженного настроения и твердой убежденностью пациенток в неполноценности собственных параметров фигуры и несоответствия их параметрам мировых стандартов моды и рейтингов популярности. В клинической картине дисморфофобической депрессии ведущие жалобы были на наличие дефектов и недостатков в строении собственного тела, убежденности в собственной внешней непривлекательности или физической неполноценности. Данный тип депрессии сопровождался расстройствами приёма пищи в виде ограничительного пищевого поведения с соблюдением строгих диет и инициальным этапом нервной анорексии. В большинстве случаев в преморбиде у девочек-подростков не отмечалось повышенного веса. Однако весь образ жизни был посвящён соблюдению строгих диет, посещению фитнесс-центров, стремлению достичь параметров идеальной фигуры и веса. Подростки искали пути к самосовершенствованию и перфекционизму, в ряде случаев у больных в результате отсутствия взаимопонимания с родителями и близкими выявилась склонность к патохарактерологическим реакциям протеста в виде отказа от приёма пищи. Подростки предъявляли претензии к родителям по поводу генетического наследования недостатков фигуры в виде излишней массы тела, крупных размеров груди, широких бедёр или пухлых щек и огромного носа, обвиняли своих родителей в избыточном вскармливании в раннем детстве и чрезмерном употреблении калорий. Жалобы в основном были на недовольство собственной внешностью, тревожных мыслей по поводу будущего, негативного восприятия

прошлого и настоящего, обида на родителей и окружающих, стремления к одиночеству и уединению. Суицидальные тенденции в этой группе ограничивались только мыслями и планированием, высказывания имели нестойкий пассивный характер, подростки неохотно сообщали о своих замыслах и намерениях, сведения в основном были собраны у родителей, которые обнаружили регистрацию своих детей на различных сайтах социальных сетей и сообществ в Интернете, пропагандирующих культ смерти. У 80% больных выявлялось стремление найти выход из сложившейся ситуации, у 20% больных с депрессией средней тяжести выявлялось отрицательно отношение к жизни, по данным теста Цунга эти больные стремились к одиночеству, стремление избежать помощи со стороны. В 56% случаев пациентки испытывали разочарование, страх перед постановкой новых целей, что в ряде случаев приводило к формированию тревоги. Сравнительный анализ мотивов суицидальных мыслей и намерений в данной группе подростков установил их разноплановость и вариабельность. Изучение личностной мотивации суицидальной попытки у девочек-подростков с нарушением пищевого поведения установило, что у 25 (48,08%) лиц она имела демонстративно-шантажный характер, у 10 (19,23%) – мотивом был отказ от жизни, у 9 (17,31%) – протест, у 4 (7,69%) – устранение и у 4 (7,69%) обследованных мотивом суицидального поведения оказались месть и призыв. Мотивация суицидального поведения имела преимущественно демонстративно-шантажный характер, реже наблюдались мотивы протеста, призыва и мести.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование особенностей суицидальных тенденций у подростков с нарушениями пищевого поведения установило, что они чаще всего имеют демонстративно-шантажный характер, отличаются нестойкостью и разноплановой мотивацией, формируются совместно с депрессивной симптоматикой. Развитие высокого суицидального риска у подростков с расстройствами пищевого поведения и наличие стойкой депрессивной патологии, утяжеляющей клиническую картину, способствуют нарушению адаптации подростков в окружающем социуме.

Литература / References

1.Абдуллаева, В.К., Бабарахимова, С.Б. Суицидальные тенденции у подростков // Антология российской психотерапии и психологии, 2019. – С.107-а. 2. Бабарахимова, С.Б. Искандарова, Ж.М. Личностные особенности подростков с депрессивными расстройствами поведения пубертатного периода //Архивъ внутренней медицины. - 2016.- №1(S). - С.8-9.

3. Григоренко, Е.А. Проблема суицидального поведения подростков (обзор литературы) // Журнал Научное обозрение. -Медицинские науки. -2016.- № 5. - С.40-45.
4. Григорьева, Д.П., Егорова, В.Н. Представления подростков о факторах суицидального поведения // Журнал «Казанская наука». - 2016.- № 12.- С.151-154.
5. Жукова, Н.Ю. Взаимосвязь отношения к смерти и склонности к саморазрушающему поведению у подростков //Журнал «Вопросы психического здоровья детей и подростков». - 2017.- № 4 (17).- С.27-33.
6. Искандарова, Ж.М. Конституционально-личностные особенности девочек при нервной анорексии //Архивъ внутренней медицины. -2016. -№1(S).- С.9-10.
7. Сулейманов, Ш.Р., Иноятов, А.А. Профилактика суицидов у подростков // Антология российской психотерапии и психологии, 2019. – С.166-167.
8. Babarakhimova, S.B., Abdullaeva, V.K., Abbasova, D.S.., et al. Relationship of personal characteristics in adolescents with suicidal tendencies // NJD-i-science. VOL 2, No 40 (2020) pp. 19-22
9. Matveeva, A.A., Sultonova, K.B., Abbasova, D.S. et al. Optimization of psycho-diagnostics of emotional states // Danish Scientific Journal. VOL 3, No 5(2020) pp. 24-27 10. Wasserman. D. Help-seeking behaviour following school-based screening for current suicidality among European adolescents. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2015 Jun.50(6):973-82. doi: 10.1007/s00127-015-1016-3. Epub 2015 Feb

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В НАРКОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ № 1 НАРКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ МОТИВАЦИИ К ЛЕЧЕНИЮ

О.А. Келябидина, Н.В. Лизунова, А.А. Лопатин
ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер»,
Россия, г. Кемерово

Аннотация. Актуальность психотерапевтических подходов в нашей стране, в том числе и в Кузбассе, при работе с зависимым поведением в настоящее время значительно возросла. На этапе постабстинентных нарушений закладываются основные предпосылки к возможному терапевтическому эффекту. От правильного выбора терапевтической тактики зависит длительность, стойкость и качество последующих ремиссий. Разработаны различные психотерапевтические подходы для стационарных наркологических пациентов с учетом разного уровня мотивации к лечению. При планировании психотерапевтического маршрута пациента учитывается степень его мотивации

на получение помощи и личностные возможности для изменений. Новаторские формы работы с пациентами при наркологическом стационаре (пато- и нейропсихологическая диагностика, психологическое консультирование, групповая и индивидуальная психологическая коррекция, мотивационное интервью, психотерапия и т.д.) показали свою эффективность и оказались востребованными в практической работе.

Ключевые слова: наркологические пациенты, мотивация на лечение, зависимость от психоактивных веществ, терапевтическая программа.

PECULIARITIES OF PSYCHOTHERAPEUTIC CARE IN NARCOLOGICAL DEPARTMENT No. 1 TO NARCOLOGICAL PATIENTS WITH DIFFERENT LEVELS OF MOTIVATION TO TREATMENT

O. A. Kelyabidina, N.V. Lizunova, A.A. Lopatin
Kuzbass Clinical Narcological Dispensary, Russia, Kemerovo

Abstract. The relevance of psychotherapeutic approaches in our country, including in Kuzbass, when working with addictive behavior, has now significantly increased. At the stage of post-withdrawal disorders, the basic prerequisites for a possible therapeutic effect are laid. The duration, stability and quality of subsequent remissions depend on the correct choice of therapeutic tactics. Various psychotherapeutic approaches have been developed for inpatient drug addiction patients, taking into account different levels of motivation for treatment. When planning a psychotherapeutic route for a patient, the degree of his motivation to receive help and personal opportunities for change are taken into account. Innovative forms of work with patients at a narcological hospital (pathological and neuropsychological diagnostics, psychological counseling, group and individual psychological correction, motivational interviews, psychotherapy, etc.) have shown their effectiveness and were in demand in practical work.

Key words: drug addiction patients, motivation for treatment, dependence on psychoactive substances, therapeutic program.

В исследовании применялись диагностические методы: опросник стадий готовности к изменениям и готовности лечиться SOCRATES, опросник оценки помогающего альянса, школа созависимости (Уайнхолд Б), опросник определения уровня реабилитационного потенциала, методика психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ).

Стойкая ремиссия у наркологических пациентов формируется только при использовании системного лечебно-реабилитационного подхода,

учитывающего особенности личности больного и его потребности. Однако наркологические пациенты предпочитают, чтобы лечение проводилось на условиях щадящего режима наркологического стационара и сводилось бы только к детоксикации для устранения наиболее тяжелых проявлений абстиненции (Поддубный В.И. и др.2002). Например, только у 30,8% мужчин, зависимых от алкоголя и проходящих лечение, выявлен позитивный уровень мотивации на лечение (Ялтонский В.М., Ромащенко Г.И.2010). Таким образом, важной задачей является повышение уровня внутренней мотивации пациентов на длительную помощь. В связи с этим возрастает необходимость новых индивидуализированных и дифференцированных программ оказания помощи при зависимости от ПАВ с акцентом на вовлечение и удержание пациентов, прежде всего «трудных» и «неустойчивых», в терапевтическом процессе. Из чего следует, основной терапевтической мишенью психотерапевтической работы для наркологических пациентов является неустойчивая мотивация на лечение. Основная цель – развить интерес к продолжению участия в терапии, сделать последующее пребывание в психотерапевтической программе привлекательным, повысить уровень внутренней мотивации пациента на дальнейшую реабилитацию.

В процессе лечения наркологических пациентов участвует не просто формальная «бригада специалистов», а творческая команда единомышленников, состоящая из врачей психиатров-наркологов, медицинских психологов, медицинских сестер, консультантов по химической зависимости, воспитателей и т.д. Уже на начальном этапе лечения начинается взаимодействие с родственниками пациентов, предоставляется необходимая информация для дальнейшего сотрудничества. Они включают в себя индивидуальное, групповое семейное консультирование, а также привлечение родственников в группу для созависимых, в ходе которых решаются вопросы о преодолении семейной созависимости, так как в большинстве случаев члены семьи не осознают своей роли в формировании и поддержании зависимого поведения.

Те пациенты, которые после детоксикации отказываются от продолжения дальнейшего лечения в связи с негативной мотивацией, специалисты помогают сформировать у них привлекательный образ терапевтической программы, при этом проявляют благожелательность и заинтересованность по отношению к больным. Для этого необходимо определение индивидуальных потребностей и индекса тяжести зависимости, мотивационное интервью, консультирование «равный-равному», посещение терапевтического сообщества АН, АА, амбулаторное консультирование.

Для лиц с неустойчивой мотивацией эффективен интенсивный курс мотивационных мероприятий в стационаре: мотивационное интервьюирование, консультирование, индивидуальные и групповые психологические коррекции для повышения уровня мотивации на продолжительный курс лечения.

Для пациентов с высоким уровнем мотивационного потенциала важной задачей является мотивация на длительную реабилитационную программу (медицинская реабилитация, психотерапевтические сообщества группы взаимопомощи).

Из чего следует заключить, что положительный прогноз на лечения наркологических пациентов с разным уровнем мотивации в наркологическом стационаре напрямую зависит от особенностей психотерапевтической помощи и индивидуального подхода к пациенту.

Литература / References

1. Иванец, Н.Н., Винникова, М.А. Героиновая наркомания. - Москва, 2000.- С.4.
2. Ялтонский, В.М., Ромащенко, Г.И.// Наркология, 2010. / Материалы научно-практической конференции, посвященной 25-летию ФГУ ННЦ наркологии Минздравсоцразвития России. – Москва, 2010.- С.175-176.
3. Клиническая психотерапия в наркологии: Руководство для врачей-психотерапевтов // Под редакцией Р.К. Назырова, Д.А. Федоряка, С.В. Ляшковской. - Издательство НИИПНИ им. В.М. Бехтерева. – Санкт-Петербург, 2012. -134 с.
4. Матевосян, С.А.// Наркология – 2010: Материалы научно-практической конференции, посвященной 25-летию ФГУ ННЦ наркологии Минздравсоцразвития России. – Москва, 2010. - С.97-98.

ОБРАЩАЕМОСТЬ ГРАЖДАН ДЛЯ ПРОХОЖДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ВОДИТЕЛЕЙ (КАНДИДАТОВ В ВОДИТЕЛИ) В УСЛОВИЯХ ОЖИДАЕМОГО ИЗМЕНЕНИЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА С УЧЕТОМ ОГРАНИЧЕНИЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Кирина Ю.Ю.[1], Вострых Д.В.[2], Зорохович И.И.[2], Лопатин А.А.[2]

[1]ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

[2] ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово

Аннотация. В статье рассмотрены актуальные вопросы проведения медицинских осмотров (освидетельствований) водителей транспортных средств в условиях изменения законодательства с учетом ограничений в период распространения COVID-19. Приведены результаты анкетирования лиц, проходящих медицинский наркологический осмотр в условиях пандемии. Анализ данных выявил недостаточную информированность граждан по вопросам проведения дополнительных исследований, необоснованный страх при планируемом прохождении медицинского наркологического осмотра.

Ключевые слова: медицинский осмотр, химико-токсикологическое исследование на определение психоактивных веществ, карбогидрат-дефицитный трансферрин, допуск к управлению транспортом.

APPLICATION OF CITIZENS TO PASS MEDICAL EXAMINATION OF DRIVERS (DRIVER CANDIDATES) UNDER THE CONDITIONS OF THE EXPECTED CHANGE OF LEGISLATION WITH RESTRICTIONS DURING THE COVID-19 PANDEMIC

Yu.Yu. Kirina[2], D.V. Vostrykh [1], I.I. Zorokhovich[1], A.A. Lopatin[1]

[1]*Kuzbass Clinical Narcological Dispensary, Russia, Kemerovo*

[2]*Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

Abstract. The article discusses topical issues of medical examinations (examinations) of vehicle drivers in the context of changes in legislation, taking into account the restrictions during the spread of COVID-19. The results of a questionnaire survey of people undergoing medical examination in a pandemic are presented. The analysis of the data revealed insufficient awareness of citizens on the issues of additional research, unreasonable fear during the planned medical examination for drug addiction.

Key words: medical examination, chemical and toxicological study for the determination of psychoactive substances, carbohydrate-deficient transferrin, admission to transport control.

На сегодняшний день наркологический медицинский осмотр (освидетельствование) водителей транспортных средств (кандидатов в водители) осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 июня 2015г. № 344н «О проведении обязательного медицинского освидетельствования водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств)». В соответствии с этим приказом, медицинское освидетельствование в части

действий врача-психиатра-нарколога, при отсутствии симптомов и (или) синдромов наркологического расстройства, являющихся медицинским противопоказанием к управлению транспортными средствами, ограничивается медицинским осмотром врача-специалиста. Все дополнительные методы обследования (исследований) такие как: определение наличия психоактивных веществ в моче, качественное и количественное определение карбогидрат-дефицитного трансферрина (CDT) в сыворотке крови назначаются и проводятся исключительно при выявлении врачом-психиатром-наркологом симптомов и синдромов наркологических расстройств (заболеваний).

Данный подход к процедуре медицинского наркологического осмотра (освидетельствования) не дает возможность выявить всех потребителей наркотических средств, психотропных и других токсических веществ в связи с отсутствием клинических проявлений у пациентов при употреблении ряда психоактивных веществ, либо при отсутствии состояния опьянения (одурманивания) в момент обращения, а так же желании скрыть и преуменьшить эпизоды употребления (злоупотребления) алкоголем гражданами, проходящими медицинский осмотр.

Так, например, при проведении исследования мочи у лиц, проходящих медицинский осмотр на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием, что является обязательным в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 июня 2016г. № 441н «О порядке проведения медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием и химико-токсикологических исследований наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов», наркотические средства, психотропные вещества и их метаболиты были выявлены в 0,67% случаев (по данным кабинета медицинских осмотров диспансерно-поликлинического отделения Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Кузбасский клинический наркологический диспансер» (далее – кабинет медицинских осмотров) за 6 месяцев 2019 года общее количество ХТИ – 3288, из них выявлены – 22) при отсутствии симптомов и синдромов наркологических расстройств у данных лиц, проходящих осмотр.

При качественном и количественном определении (CDT) в сыворотке крови у лиц, проходящих медицинский осмотр с целью получения справки об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими трудовыми обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам и психотропным веществам, что является обязательным в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 декабря

2016г. № 988н, повышенные значения CDT были выявлены в 0,74% случаев (по данным кабинета медицинских осмотров за 6 месяцев 2019 года общее количество исследований 271, из них повышены показатели в двух случаях), что является косвенным признаком наркологического заболевания, вызванного злоупотреблением алкоголем, и требует детального обследования.

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

Таким образом, целесообразно проводить исследование мочи на наличие наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов и качественное и количественное определение CDT в сыворотке крови лицам, при прохождении медицинского наркологического осмотра, в частности, при оформлении допуска к управлению транспортными средствами.

В июле 2019г. на сайте htts/regulation.ru был размещен проект приказа Минздрава России с дополнениями и изменениями приложения № 1 приказа Минздрава России от 15 июня 2015г. № 344н (далее – Приказ № 344н).

В соответствии с предлагаемыми изменениями, определение наличия психоактивных веществ в моче и качественное и количественное определение CDT в сыворотке крови обязательно всем водителям и кандидатам в водители при прохождении медицинского освидетельствования на допуск к управлению транспортом. Вступление в силу изменений планировалось с 01 июля 2020г.

В связи с этим, кабинетом медицинских осмотров в конце мая – июне 2020г., несмотря на введенные в регионе режимом «Повышенная готовность» ограничения, связанные с профилактикой распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19, отмечалось резкое повышение обращаемости граждан для прохождения медицинского осмотра в качестве кандидатов в водители транспортных средств. Так, в апреле 2020г. для прохождения освидетельствования обратилось 1349 граждан, в мае 2020г. – 1949, а в июне – 3336.

Аналогичная ситуация прослеживалась в ноябре 2019 г. в период ожидаемого вступления в силу с 22 ноября 2019г. изменений Порядка прохождения медицинского освидетельствования водителей транспорта, когда ежедневно за допуском к вождению обращалось более 300 человек. Всего в

ноябре 2019г. для прохождения медицинского осмотра в качестве кандидата в водители транспортом обратилось 4 289 граждан, тогда как в ноябре 2018г. – всего 2 619.

Приказом Минздрава России от 23 июня 2020г. № 624н вступление в силу указанных изменений в Порядок освидетельствования кандидатов в водители транспортных средств перенесено на 01 января 2021г.

Кроме того, в Минздрав России были направлены следующие предложения о внесении дополнений и изменений в проект Приказа № 344н:

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

2. п.п 9) п. 6. «качественное и количественное определение карбогидрат-дефицитного трансферрина (CDT) в сыворотке крови» дополнить «(обязательно при медицинском освидетельствовании водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств) категорий «C», «D», «CE», «DE», «Tm», «Tb» и подкатегорий «C1», «D1», «C1E», «D1E»(4). Для водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств) иных категорий и подкатегорий транспортных средств при выявлении симптомов и синдромов заболевания (состояния), являющегося медицинским противопоказанием к управлению транспортным средством(5)).

3. п. 9 внести изменения в формулировку «медицинские **заключения** по результатам обследований врачом-психиатром и врачом-наркологом…..» на «медицинские **справки** по результатам обследований врачом-психиатром и врачом-наркологом…..».

Сотрудниками кабинета медицинских осмотров в июне 2020г. проведен опрос граждан, которые обратились за допуском к управлению транспортом раньше требуемого срока – 6 месяцев и более до установленной даты замены водительского удостоверения, путем анкетирования. Подавляющее большинство таких граждан в возрасте старше 55 лет. Проведенный опрос с охватом в 400 человек показал следующее: подавляющее большинство (более 78%) указало причиной «досрочного» обращения ожидаемое увеличение стоимости осмотра. Почти 6% опрошенных изъявили желание заранее пройти

медицинский осмотр до увеличения сроков получения результата осмотра (заключения). Оставшиеся 16% отметили недостаточное информирование об объемах исследований, отсутствие понимания механизма проведения исследований биологических сред (кровь, моча) и, как следствие, страх в получении отрицательного результата заключения, т.е. отказа в допуске.

Таким образом, в связи с планируемым изменением законодательства в части проведения медицинского осмотра (освидетельствования) водителей (кандидатов в водители) с 1 января 2021г. ожидается очередное повышение обращаемости граждан для прохождения медицинского освидетельствования при получении допуска к управлению транспортом в ноябре-декабре 2020 г.

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПРЕПАРАТОВ БЕНЗОДИАЗЕПИНОВОГО РЯДА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19, НА ТЕРРИТОРИИ Г. ЮРГИ

А.Ю. Кратовский[1], П.Е. Челышев[2], Э.С. Вишневская[1]

[1] ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

[2]ГБУЗ КО «Юргинский психоневрологический диспансер», Россия, г. Юрга

Аннотация. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением препаратов бензодиазепинового ряда в условиях пандемии COVID-19 на территории города Юрга, проявляются в последнее время все чаще. Цель представленной статьи заключается в установлении взаимосвязи пандемии с психическими расстройствами, возникающими в результате злоупотребления лекарственными препаратами бензодиазепинового ряда.

Ключевые слова: город Юрга, психические и поведенческие расстройства, COVID-19, бензодиазепиновый ряд, препараты, пандемия.

MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS CAUSED BY THE USE OF BENZODIAZEPINE-TYPE DRUGS IN THE CONTEXT OF THE COVID-19 PANDEMIC, IN THE TERRITORY OF JURGA

A. Y. Kratovskiy[1], P. E. Chelyshev[2], E. S. Vishnevskay[1]

[1]Kemerovo state medical University, Russia, Kemerovo

[2]Yurga psychoneurological dispensary

Abstract. Mental and behavioral disorders caused by the use of benzodiazepine-type drugs in the context of the COVID-19 pandemic in the territory

of the city of Jurga have recently become more frequent. The main purpose of this article is to establish the relationship between the pandemic and the mental disorders of people who occur as a result of abuse of benzodiazepine-type medications.

Key words: Jurga city, mental and behavioral disorders, COVID-19, benzodiazepine series, drugs, pandemic.

Развитие неблагоприятных социально-экономических факторов на фоне пандемии вызванной COVID-19, таких как: значительное снижение межличностных коммуникаций в условиях вынужденной самоизоляции, закрытие розничных магазинов и производственных предприятий, снижение доходов россиян, рост числа безработных, обнаруживает тенденцию к значительному увеличению развития у людей симптомов психогенных расстройств (раздражительность, апатия, нарушение сна, тревога, беспокойство), в результате чего некоторые граждане прибегают к самолечению, используя транквилизаторы бензодиазепинового ряда.

Важной целью здравоохранения, в частности психиатрической и наркологической службы, является профилактика психогенных расстройств, синдрома зависимости от транквилизаторов бензодиазепинового ряда, а так же лечение последствий их неконтролируемого применения. Оказание качественной лечебно-консультативной помощи в период распространения коронавирусной инфекции, а также возвращение людей к привычному образу жизни.

Согласно данным Юргинского психоневрологического диспансера, число обращений с жалобами на: вялость, слабость, апатия, подавленность, раздражительность, эмоциональная лабильность, нарушение сна, тревожность, беспокойство, с апреля по сентябрь 2020 года составило 36 человек. Основные жалобы при обращении на: повышенную тревожность - 5 человек (14%). бессонницу – 7 (20%). утрату способности к концентрации внимания – 4 (11%). раздражительность – 12 (33%). эмоциональную лабильность – 8 (22%). Для сравнения в аналогичный период времени за 2019 год количество психогенных обращений составило: 12 человек с основными жалобами на: повышенную тревожность - 4 человека (37%). бессонницу – 1 (9%). утрату способности к концентрации внимания – 1 (9%). раздражительность – 2 (18%). эмоциональную лабильность – 3 (27%).

Необходимо отметить следующее: бензодиазепиновые транквилизаторы – группа препаратов родственной химической структуры, обладающих сильным и быстрым успокаивающим, а также расслабляющим действием. Бензодиазепины оказывают влияние на ЦНС, особенно лимбическую систему

мозга, за счёт повышения активности ГАМК-тормозящего нейротрансмиттера. Предполагается, что бензодиазепиновые рецепторы расположены поблизости от ГАМК-рецепторов, и в процессе активации бензодиазепиновых рецепторов усиливается функции ГАМК-рецепторов [1, С.338]. Бензодиазепиновые транквилизаторы получили значительное распространение в медицинской практике как противотревожные, снотворные, вегетостабилизирующие, миорелаксирующие и противосудорожные препараты. Они были введены в клинический обиход в качестве альтернативы барбитуратам, как эффективные препараты, обладающие меньшей способностью к развитию побочных и токсических эффектов [2, С.944]. С 70 гг. XX в. применение бензодиазепинов было ограничено в связи с участившимися случаями злоупотребления и формировании лекарственной зависимости [3, С.64]. Самыми частыми препаратами злоупотребления являются: диазепам, лоразепам, нитрозепам, «феназепам», алпрозалам, клоназепам. Как показывает клиническая практика эффективность препаратов, при длительном их применении снижается, возрастает толерантность, формируется синдром отмены, возрастает доза принимаемого препарата [4, С.656].

Стоит отметить, в г. Юрге с момента увеличения распространяемости COVID-19, наблюдалась динамика увеличения злоупотребления лекарственными препаратами вышеуказанной группы. Несмотря на то, что на момент исследования в городе Юрга относительно невысокие показатели заражения людей инфекцией, согласно официальной статистике городского Росспотребназдора на 27.08.2020г. выявлено 26 случаев заражения COVID-19 и 34 пациента находятся под наблюдением.

Материалы и методы. Дизайн исследования: ретроспективное.

Изучались медицинские карты пациентов, обратившихся к врачу психиатру Юргинского психоневрологического диспансера в период с 10.04.2020г. по 28.08.2020г. Объектом явились 36 пациентов, исследованные клинико-анамнестическими, статистическими методами. Критерии включения в исследование: пациенты, территориально прикрепленные к ГБУЗ КО «ЮПНД», проживающие на территории г. Юрга.

Результаты и обсуждение. Возраст пациентов, обратившихся за помощью к врачу психиатру по поводу психогенных расстройств варьируется от 23 до 68 лет.

При первичном обращении повышенная тревожность диагностирована у 5 человек (14%). бессонница – 7 (20%). утрата способности к концентрации внимания – 4 (11%). раздражительность – 12 (33%). эмоциональная лабильность – 8 (22%). В отношении каждого пациента был применён

индивидуальный комплексный подход, с использованием психофармакологиче ского и психотерапевтического подходов в условиях стационарного отделения и психиатрического кабинета. Таким образом, на базе стационарного отделения за период с апреля по сентябрь 2020 г. было пролечено 12 пациентов (33%) с наибольшей тяжестью расстройств у которых отмечались элементы злоупотребление препаратами вышеуказанной группы, а именно неконтролируемое увеличение дозировки препарата, проявления абстинентного синдрома (дисфория, ажитация, усиление тревоги и беспокойства). К данной группе пациентов применён метод постепенной перекрёстной замены транквилизаторов бензодиазепиновой структуры на препараты группы транквилизаторов небензодиазепиновой структуры (тофизопам, гидроксизин) не вызывающие зависимости. Некоторым пациентам с элементами тревоги применялись растительные адаптогены, антидепрессанты группы СИОЗС (тразодон, феварин, сертралин, эсциталопрам), проведена нейрометаболическая терапия, витаминотерапия, консультация врача-психотерапевта**.**

Каждый пациент после прохождения стационарного лечения был выписан в удовлетворительном состоянии в амбулаторное звено под наблюдение участкового врача психиатра-нарколога. Остальным 24 пациентам (67%), с менее выраженными проявлениями синдрома отмены, на базе психиатрического кабинета ГБУЗ КО «ЮПНД», был проведён комплекс индивидуальных лечебно-диагностических мероприятий, назначена психофармакотерапия с использованием препаратов группы растительных адаптогенов, антидепрессантов группы СИОЗС, проведены психокоррекционные мероприятия с участием врача-психотерапевта, медицинского психолога. В ходе рациональной психотерапии, пациентам младше 65 лет, были даны рекомендации по поддержанию здорового образа жизни (закаливание, правильное здоровое питание, соблюдение режима работы и отдыха). Медицинским психологом после проведённого лечения с помощью личностной шкалы проявлений тревоги (J. Taylor) было отмечено снижение проявлений реактивной тревоги у пациентов.

Выводы. Таким образом, сочетание неблагоприятных социально-экономических факторов с пандемией вызванной COVID-19, способствует к формированию психогенных расстройств. Применение препаратов транквилизаторов бензодиазепиновой структуры, особенно в данный период, должно осуществляться под строгим контролем врача психиатра-нарколога. Так же важно повысить степень информированности населения о необходимости обращения за специализированной помощью врача психиатра, при появлении симптомов невротических расстройств.

Литература / References

1. Клинические рекомендации по диагностике и лечению психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением ПАВ и реабилитации больных наркологического профиля / Ассоциация наркологов России. – М., 2014. – 338 с.
2. Наркология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 944 с.
3. Смулевич, А.Б. Транквилизаторы – производные бензодиазепина в психиатрии и общей медицине / А.Б. Смулевич, М.Ю. Дробижев, С.В. Иванов. – М.: Медиа Сфера, 1999.- 64 с.
4. Шацберг, А.Ф., ДеБаттиста Ч. Руководство по клинической психофармакологии / под общ. ред. акад. РАН А.Б. Смулевича, проф. С.В. Иванова . пер. с англ. 2-е изд., перераб. и доп. - М. : МЕДпресс-информ, 2017. - 656 с.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НАРКОМАНИИ И ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Н.В. Кузнецова[1], И.И. Зорохович[1], А.А. Лопатин[1], О.В. Дроздова[2]

[1]*ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г .Кемерово*

[2]*ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

Аннотация. В Кемеровской области с 2010 года регистрируются максимальные показатели заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации. В течение 5 лет (2015-2016гг.) установлено одновременное снижение распространения синдрома зависимости от наркотических средствсреди населения в 1,4 раза и уменьшение заболеваемости ВИЧ-инфекцией в 1,35 раза. Установлен высокий уровень инфицированности вирусом иммунодефицита человека пациентов с парентеральным введением наркотических средств. Максимальное снижение распространения синдрома зависимости от наркотических средствви заболеваемости ВИЧ выявлено возрастной группе 15-19 лет. Заболеваемость мужчин наркоманией и ВИЧ-инфекцией в 5 раз выше по сравнению с лицами женского пола. В 1,5 раза уменьшилась распространенность потребителей инъекционных наркотиков при сохраняющемся высоком уровне инфицированности вирусом иммунодефицита человека пациентов этой когорты.

Ключевые слова: наркомания, ВИЧ-инфекция, заболеваемость, распространённость.

EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF THE DISTRIBUTION OF DRUG ADDICTION AND HIV INFECTION IN THE KEMEROVSK REGION

N.V. Kuznetzova, I.I.Zorokhovich, A.A.Lopatin, O.V.Drozdova
Kuzbass Clinical Narcological Dispensary, Russia, Kemerovo
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. Since 2010, the Kemerovo Region has recorded the highest rates of HIV infection in the Russian Federation. During 5 years (2015-2016), a simultaneous decrease in the spread of the syndrome of dependence on drugs among the population was established by 1.4 times and a decrease in the incidence of HIV infection by 1.35 times. A high level of human immunodeficiency virus infection in patients with parenteral drug administration was established. The maximum decrease in the spread of drug dependence syndrome and HIV incidence was found in the 15-19 age group. The incidence of drug addiction and HIV infection among men is 5 times higher than among women. The prevalence of injecting drug users has decreased by 1.5 times, while the level of infection with the human immunodeficiency virus in the patients of this cohort remains high.

Key words: drug addiction, HIV-infection, morbidity, prevalence.

В России с начала 90-х годов широкое распространение получили две социально значимые проблемы - ВИЧ-инфекция и наркомания. Широкое распространение этих заболеваний было обусловлено кардинальными социальными и экономическими изменениями в стране.

Применение наркотических средств с парентеральным введением было главной причиной массового распространения ВИЧ в Российской Федерации и до настоящего времени является важнейшим путем передачи ВИЧ-инфекции [2, С.12]. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции и заболеваемости наркоманией в Российской Федерации продолжают оставаться сложными, несмотря на снижение заболеваемости в последние годы.

В стране в 2018 году зарегистрировано 423,4 тыс. потребителей наркотиков, в том числе 250,6 тыс. – больных наркоманией, 172,8 тыс. – пациентов с диагнозом «пагубное (с вредными последствиями) потребление наркотиков».

В 2019 году впервые было зарегистрировано 81 716 новых случаев ВИЧ-инфекции. Показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией в 2019 году составил -

55,65 на 100 тыс. населения, показатель пораженности - 728,2случаев на 100 тыс. населения [1, С. 152].

В стране регистрируется рост числа регионов с высокой пораженностью ВИЧ-инфекцией. К этим регионам относится Кемеровская область, на территории которой с 2010 года регистрируются самые высокие показатели заболеваемости ВИЧ-инфекцией в стране [1, С.152] и сохраняется высокий уровень распространения наркомании.

Цель исследования- изучить эпидемиологические закономерности распространения наркоманиии ВИЧ-инфекции в Кемеровской области.

Материалы и методы. Использован метод описательного ретроспективного эпидемиологического исследования. В материалы исследования включена заболеваемость наркоманией и ВИЧ-инфекцией за 5 лет (2015-2019гг.) в Кемеровской области. Доверительные интервалы интенсивных показателей рассчитывались для доверительной вероятности 95%.

Результаты и их обсуждение. К началу 2020 года за 5 предшествующих лет (2015-2019гг.) в Кемеровской области зарегистрировано 5728 новых пациентов, употребляющих наркотические препараты, в том числе 2195 человек с синдромом зависимости от наркотических средств (наркомания) и 3523 с их пагубным употреблением. Вместе с тем в это время установлено снижение числа пациентов с синдромом зависимости от наркотических средств (наркомания), зарегистрированных наркологическими организациями области с 9087 случаев в 2015году до 6592 в 2019. Показатели распространенности наркомании уменьшились в 1,4 раза с $339,80^{0}/_{0000}$ [95%ДИ 332,86 – 342,84] в 2015 году до $242,56^{0}/_{0000}$ [ДИ 95% 236,75-248,48] в 2019.

Одновременно в 1,5 раза снизился уровень лиц с пагубным употреблением наркотических веществ с $152,34\ /_{0000}$ [ДИ 95% 147,73 – 157,05] до $98,88^{0}/_{0000}$ [ДИ 95% 95,15-102,72]. Еще более выражено (в 1,6 раза) уменьшение заболеваемости с впервые выявленной зависимостью от наркотических средств с $22,30/_{0000}$ [ДИ 95% 20,56 – 24,15] до $13,84^{0}/_{0000}$ [ДИ 95% 12,46-15,32] соответственно в 2015 и 2019гг., что свидетельствует о снижении среди населения интереса к употреблению наркотиков.

Многолетняя динамика распространенности синдрома зависимости у населения области, в том числе и впервые выявленной, во многом определила заболеваемость ВИЧ-инфекцией. Известно, что вирус иммунодефицита активно распространяется при парентеральных манипуляциях. Потребители наркотиков относятся к ключевым группам распространения ВИЧ-инфекции.

В начале 2020 года в области зарегистрировано 71543 случая ВИЧ-инфекции. Кумулятивная заболеваемость среди населения только за последние

5 лет выросла в 1,3 раза с 2037,62 $^{0}/_{0000}$ [ДИ 95% 2037,78 – 2071,56] в 2015году до 2675,00$^{0}/_{0000}$ [ДИ 95% 2655,9 – 2694,41] в 2019 г. В последние годы на фоне снижения употребления наркотиков населением, выявлена тенденция к снижению заболеваемости ВИЧ-инфекцией. Инцидентность инфекции с 2015 по 2019г.г. снизилась в 1,35 раза с 242,05 $^{0}/_{0000}$ [ДИ 95% 236,19 – 248,61] до 179,64$^{0}/_{0000}$ [ДИ 95% 174,64-184,75].

Перманентная комплексная работа среди разных слоев населения, в том числе в ключевых группах, по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции и наркомании, проводимая сотрудниками наркологических учреждений и службы анти-СПИД определила снижение числа потребителей инъекционных наркотиков. По данным Кемеровского областного центра профилактики и борьбы со СПИДом профилактическими мероприятиями охвачено 86,9% населения региона и 95% лиц из групп риска.

Как результат профилактической работы установлено снижение в 1,5 раза распространенности потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) с 355,13$^{0}/_{0000}$ [ДИ 95% 348,08-362,28] в 2016 году до 240,03$^{0}/_{0000}$ [ДИ 95% 234,20-245,97] в 2019г. Вместе с тем в этой группе высокого риска более половины ПИН инфицированы вирусом иммунодефицита (54,73-61,30%), что свидетельствует об эпидемиологическом значении этих групп в поддержании эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в популяции Кемеровской области.

Наркомания и ВИЧ-инфекция поражают разные слои населения и разные возрастные группы. В начале интенсивного эпидемического роста заболеваемости ВИЧ-инфекции на многих территориях большое значение имели подростки 15-19 лет. С течением времени их роль снижалась на территории страны и в том числе в Кузбассе. Среди этой возрастной группы зарегистрировано максимальное снижение синдрома зависимости от наркотических средств в последние годы. Только за последние 4 года распространенность синдрома среди подростков снизилась в 3,6 раза с 25,00$^{0}/_{0000}$ [ДИ 95% 15,05 – 33,04] до 7,0$^{0}/_{0000}$ [ДИ 95% 2,57-15,24]. Значительно уменьшилось абсолютное количество впервые выявленных подростков с синдромом зависимости от наркотических средств. Если в 2015 году их было 23 человека, то в 2019 только 2. Вместе с тем остается высоким уровень распространённости в этой группе подростков с пагубным употреблением наркотических средств. Среди них превалентность снизилась только в 2,3 раза с 421,05$^{0}/_{0000}$ [ДИ 95% 376,26-469,64] до 178,50$^{0}/_{0000}$ [ДИ 95%151,36-209,10]. Снижение распространенности наркомании в возрастной группе 15-19 лет в значительной мере обеспечило уменьшение заболеваемости ВИЧ-инфекцией.

Среди них максимальные показатели зафиксированы в 2017г. (72,17$^{0}/_{0000}$ [ДИ 95% 57,96-88,81], минимальные в 2019г.-38,20 $^{0}/_{0000}$ [ДИ 95%28,35-50,36].

Население разного пола неодинаково вовлекалось в эпидемический процесс распространения ВИЧ-инфекции и наркомании. В структуре наркомании преобладало мужское население, которое составляло основную часть пациентов с синдромом зависимости, и доля его колебалась от 80 до 77% в разные годы. Эти различия определили в 5 раз большее количество инфицированных вирусом иммунодефицита лиц мужского пола по сравнению с женщинами.

Выводы.

1. Установлено одновременное снижение распространения наркомании и заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди населения Кемеровской области.

2. Установлено снижение распространенности потребителей инъекционных наркотиков в 1,5 раза при сохраняющемся высоком уровне инфицированности вирусом иммунодефицита человека пациентов этой когорты.

3. Заболеваемость мужчин наркоманией и ВИЧ-инфекцией в 5 раз выше по сравнению с лицами женского пола.

Литература / References

1. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2019 году: Государственный доклад. – М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2020. – 299 с.

2. Покровский В.В., Избранные лекции по ВИЧ-инфекции [Текст] / под ред. В. В. Покровского - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 512 с.

СТРУКТУРА, ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА ЗА ПЕРИОД 2017-2019гг.

А.А. Лопатин, Д.В. Вострых, Г.М. Самсонова

ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер»,

Россия, г. Кемерово

Аннотация: в статье отражена структура наркологической службы Сибирского федерального круга, проведен анализ основных показателей

деятельности службы по сравнению с общероссийскими, освещены проблемные вопросы.

Ключевые слова: анализ, наркологическая служба, психоактивные вещества, заболеваемость наркологическими расстройствами.

STRUCTURE, MAIN PERFORMANCE RESULTS AND PROBLEM ISSUES OF THE DRUG SERVICE SIBERIAN FEDERAL DISTRICT FOR THE PERIOD 2017-2019

A.A. Lopatin, D.V. Vostrykh, G.M. Samsonova

Kuzbass Clinical Narcological Dispensary, Russia, Kemerovo

Abstract. The article reflects the structure of the narcological service of the Siberian federal circle, analyzes the main indicators of the service in comparison with the national ones, highlights problematic issues.

Key words: analysis, narcological service, psychoactive substances, incidence of narcological disorders.

Структура наркологической службы Сибирского федерального округа. В состав наркологической службы Сибирского федерального округа (далее – СФО) входят 13 наркологических диспансеров (республики Тыва (1), Хакасия (1), Алтайский край (4), Красноярский край (1), Кемеровская область (3), Новосибирская область (1), Омская область (1) и Томская область (1), в которых организовано 314 амбулаторных наркологических отделений (или кабинетов врача психиатра-нарколога), 26 кабинетов для обслуживания детского населения и 97 кабинетов медицинского освидетельствования на состояние опьянения. В республике Алтай и Иркутской области организована работа наркологических служб в составе психиатрических больниц.

Число медицинских организаций, имеющих в своем составе наркологические отделения, не изменилось в сравнении с 2017 годом. При этом в 2019 году уменьшилось число кабинетов для обслуживания детей и подростков в целом по СФО на 8 (в республике Хакасия – на 2, в Красноярском крае – на 1, в Иркутской области – на 2, в Кемеровской – на 2, в Новосибирской – на 1). Число кабинетов медицинского освидетельствования увеличилось на 7.

На сегодняшний день в СФО работает один реабилитационный центр, 14 стационарных реабилитационных отделений и 13 амбулаторных отделений медицинской реабилитации.

Показатель общей заболеваемости наркологическими расстройствами за три года снизился на 13 % (таблица 1).

Таблица 1.

Общая заболеваемость наркологическими расстройствами за период 2017-2019гг.

Субъект	2017		2018		2019	
	абс.	на 100 тыс.населения	абс.	на 100 тыс.населения	абс.	на 100 тыс.населения
РФ	2238435	1524,80	2034982	1385,94	1898395	1293,35
СФО	284050	1469,80	233415	1356,93	219327	1277,14

Но в ряде территорий СФО отмечено превышение показателя в 2019 году:

- республика Хакасия – 1826,48 на 100 тыс.населения.
- Алтайский край – 1746,52 на 100 тыс.населения.
- Омская область – 1578,03 на 100 тыс.населения.
- республика Тыва – 1391,7 на 100 тыс .населения.
- Иркутская область – 1372,11 на 100 тыс. населения.

Как и в предыдущие годы, большинство зарегистрированных пациентов – это потребители алкоголя, на долю которых приходится около 62% от общего числа зарегистрированных пациентов. На долю больных наркоманией приходится 16,3% и на долю больных токсикоманией – 0,3%.

Показатель общей заболеваемости алкоголизмом в целом по СФО за 2017-2019 годы снизился на 13 % и на 9 % ниже показателя РФ за 2019 год (таблица 2).

Таблица 2.

Общая заболеваемость алкоголизмом за период 2017-2019гг.

Субъект	**2017**		**2018**		**2019**	
	абс.	на 100 тыс.населения	абс	на 100 тыс.населения	абс	на 100 тыс.населения
РФ	1502174	1023,20	1376344	937,37	1281811	873,28
СФО	176181	911,60	145543	846,09	136184	793,00

Но при этом в ряде субъектов СФО зарегистрированы показатели, превышающие РФ:

- республика Хакасия – 1205, 97 на 100 тыс.населения.
- Алтайский край – 1157, 19 на 100 тыс.населения.
- республика Тыва – 1060,3 на 100 тыс.населения.
- Иркутская область – 936,25 на 100 тыс.населения.
- Омская область – 933,7 на 100 тыс.населения.

Таблица 3.

Общая заболеваемость наркоманией за период 2017-2019гг.

Субъект	2017		2018		2019	
	абс.	на 100 тыс.населения	абс.	на 100 тыс.населения	абс.	на 100 тыс.населения
РФ	273094	186,00	250634	170,70	236214	160,93
СФО	43489	255,00	38641	224,63	35806	208,50

В целом по СФО за три года отмечается снижение показателя заболеваемости на 18,2%, но превышение на 29,6% показателя РФ за 2019 год.

Показатели, превышающие средний уровень заболеваемости в РФ, отмечены на следующих территориях:

- республика Хакасия – 271,93 на 100 тыс.населения.
- Омская область – 267,0 на 100 тыс.населения.
- Кемеровская область – 246,5 на 100 тыс.населения.

Таблица 4.

Показатель общей заболеваемости наркологическими расстройствами подросткового населения за период 2017-2019гг.

Субъект	2017		2018		2019	
	абс.	на 100 тыс.населения	абс.	на 100 тыс.населения	абс.	на 100 тыс.населения
РФ	41148	1022,20	33673	798,32	29392	687,86
СФО	7766	1390,10	5917	1129,19	5308	992,64

Показатель общей заболеваемости наркологическими расстройствами среди подросткового населения за три года в целом по СФО уменьшился на 28,6%, но на 44,4% превышает показатель по РФ за 2019 год за счет территорий, в которых отмечены высокие показатели:

- Кемеровская область – 1957,67 на 100 тыс.населения.
- Алтайский край – 1502,21 на 100 тыс.населения.
- Омская область – 1141,04 на 100 тыс.населения.

В целом по СФО за 2017-2019 годы отмечается снижение показателя на 35,9%, но при этом показатель СФО за 2019 год превышает показатель РФ на 39, 9% (таблица 5).

Таблица 5.

Показатели общей заболеваемости алкоголизмом подросткового населения за период 2017-2019 гг.

Субъект	2017		2018		2019	
	абс.	на 100	абс.	на 100	абс.	на 100

		тыс.населения		тыс.населения		тыс.населения
РФ	235	5,80	173	4,10	137	3,21
СФО	39	7,00	24	4,58	24	4,49

Высокие показатели общей заболеваемости алкоголизмом подросткового населения отмечены на следующих территориях:

- республика Алтай – 11,13 на 100 тыс.подросткового населения.
- Омская область – 10,6 на 100 тыс.подросткового населения.
- Новосибирская область – 8,98 на 100 тыс.подросткового населения.
- Красноярский край – 6,69 на 100 тыс.подросткового населения.

В целом по СФО за три года отмечается снижение показателя заболеваемости в 1,9 раза, но превышение на 28,7 % показателя РФ за 2019 год (таблица 6).

Таблица 6.

Показатели общей заболеваемости наркоманией подросткового населения за период 2017-2019 гг.

Субъект	**2017**		**2018**		**2019**	
	абс.	на 100 тыс.населения	абс.	на 100 тыс.населения	б бс.	на 100 тыс.населения
РФ	671	16,70	546	12,94	503	11,77
СФО	164	29,40	101	19,27	81	15,15

Высокие показатели заболеваемости наркоманией подросткового населения отмечаются в Красноярском крае (40,17 на 100 тыС.подросткового населения) и Новосибирской области (25,66 на 100 тыС.подросткового населения).

Таким образом, в настоящее время во всех субъектах Сибирского федерального округа сформирована и успешно функционирует полноценная наркологическая служба.

Тем не менее, имеется ряд значимых проблемных вопросов, требующих скорейшего решения.

Во всех субъектах СФО в различной степени ухудшается ситуация с кадровым обеспечением: как по вопросам обеспеченности физическими лицами (врачами психиатрами-наркологами, медицинскими психологами, специалистами по социальной работе, средним медицинским персоналом), так и укомплектованности штатными должностями врачей психиатров-наркологов и др.

По состоянию на 31.12.2019 в СФО работало 544 врача психиатра-нарколога, показатель обеспеченности на 10 тыс.населения составляет – 0,32,

что ниже показателя РФ (0,35 на 10 тыс.населения). Показатель по СФО практически остался на уровне 2017 года (0,33): однако, низкий показатель отмечен в республике Хакасия – 0,22 на 10 тыс.населения и в Иркутской области – 0,29 на 10 тыс.населения (таблица 7).

Таблица 7.

Кадры врачей психиатров-наркологов (физические лица)

Субъект	2017		2018		2019	
	физ. лица, всего	на 10 тыс.населения	физ. лица, всего	на 10 тыс.населения	физ. лица, всего	на 10 тыС.населения
РФ	5150	0,35	5105	0,35	5076	0,35
СФО	560	0,33	537	0,31	544	0,32

Число занятых должностей врачей психиатров-наркологов по СФО уменьшилось на 18 % в сравнении с 2017 годом. При этом, в округе отмечается один из самых высоких коэффициентов совместительства врачей психиатров-наркологов (1,7) как в целом по РФ, так и по отдельным территориям СФО: в республике Хакасия – 2,5. в Кемеровской области – 2,2 при среднем коэффициенте совместительства по РФ – 1,5.

Число посещений на 1 занятую должность врача психиатра-нарколога в целом по СФО за три года увеличилось на 7,4%: в 2019 году – 2078, в 2018 году – 1921, в 2017 году – 1934 посещений.

Число занятых должностей психотерапевтов в амбулаторных наркологических подразделениях продолжает уменьшаться (в 2,5 раза): в 2019 году в целом по СФО занято 8,0 должностей, в 2017 году –20,5. Отсутствуют психотерапевты (не заняты должности) в республиках Алтай, Тыва, Хакасия, в Алтайском крае, Омской и Томской областях.

В ряде субъектов СФО отмечается дефицит площадей, изношенность зданий наркологических подразделений, дефицит оснащения в соответствии с утвержденным Порядком оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология».

Кроме того, отмечается огромный разрыв в заработной плате сотрудников в крупных городах, прежде всего в гг. Москва, Санкт-Петербург и др., что приводит к значительному оттоку медицинских работников из регионов. С целью улучшения кадрового обеспечения региональных наркологических служб необходимо рассмотреть вопрос о введении отраслевой системы оплаты в здравоохранении, обеспечивающей повышение удельного веса гарантированной части оплаты труда в структуре заработной платы до

80%, а также введение мер усиления социальной поддержки медицинских работников наркологической службы.

МЕДИЦИНСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ НА СОСТОЯНИЕ ОПЬЯНЕНИЯ КАК ПРОФИЛАКТИКА ПРАВОНАРУШЕНИЙ, СОВЕРШАЕМЫХ НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ

П.И.Никитин [1], А.А. Лопатин [1], И.Л. Люлина [1], Н.Г. Зарубина [1], И.И. Зорохович [1], Ю.Ю. Кирина [2]

[1] ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г.Кемерово

[2] ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация В статье представлены статистические результаты обращаемости лиц с установленным состоянием алкогольного опьянения и лиц с установленным состоянием опьянения наркотиками, обратившихся с целью проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (одурманивания) по направлению правоохранительных органов субъектов Сибирского федерального округа. Проведен сравнительный анализ по годам – 2019г. и 6 месяцев 2020г.

Ключевые слова: освидетельствование на состояние опьянения, правоохранительные органы, профилактическая работа наркологической службы, медицинское освидетельствование.

MEDICAL CERTIFICATION FOR A STATE OF DRINKING AS A PREVENTION OF OFFENSES COMMITTED BY NARCOLOGICAL PATIENTS

P. I. Nikitin[1], A. A. Lopatin[1], I.L. Lyulina[1], N.G. Zarubina[1], I.I. Zorokhovich[1], Yu. Yu. Kirina[2]

[1]Kuzbass Clinical Narcological Dispensary, Russia, Kemerovo

[2]Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstrac. The article presents the statistical results of the appealability of persons with an established state of alcoholic intoxication and persons with an established state of intoxication with drugs, who applied for a medical examination for the state of intoxication (intoxication) by the direction of the law enforcement agencies of the subjects of the Siberian Federal District. A comparative analysis was carried out by years - 2019. and 6 months 2020

Key words: examination for the state of intoxication, law enforcement agencies, preventive work of the narcological service, medical examination.

Важной частью профилактической работы наркологической службы, направленной на профилактику правонарушений наркологическими больными, является обеспечение круглосуточного медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического) (далее – медицинское освидетельствование). Обязательной составной частью профилактических мероприятий является индивидуальная работа в отношении лиц, с выявленными наркологическими расстройствами при проведении медицинского освидетельствовании на состояние опьянения, обязательного медицинского освидетельствования водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств).

Все медицинские учреждения СФО, осуществляющие медицинское освидетельствование, имеют действующие лицензии на данный вид деятельности, медицинских работников, прошедших специальную подготовку по вопросам освидетельствования. Также в настоящее время во всех субъектах СФО проведена работа по оснащению и дооснащению медицинских организаций для обеспечения проведения медицинского освидетельствования в соответствии с Порядком, утвержденным приказом Министерства здравоохранения российской Федерации от 18.12.2015 № 933н «О порядке проведения медицинского освидетельствования» (далее - Порядок).

Структурные подразделения медицинских организаций СФО, в которых проводится медицинское освидетельствование, оснащены необходимым медицинским оборудованием, а именно: техническими средствами для исследования выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя, обеспечивающими запись результатов на бумажном носителе, иммуноферментными комплексами для обнаружения наркотических средств и психотропных веществ в биологических объектах организма человека, кроме того, подтверждающие химико-токсикологические исследования выполняются в специализированных наркологических лабораториях.

Медицинское освидетельствование проводится в отношении отдельных категорий граждан, в случаях предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации. В Кодексе Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ (далее - КРФобАП) и в ряде других федеральных законов действуют нормы, предусматривающие ответственность за действия, так или иначе связанные с опьянением или потреблением психоактивных веществ.

Освидетельствование водителей транспортных средств в медицинских организациях проводят на основании ст. 12.8 КРФобАП. На основании ст. 27.12.1 КРФобАП лица, совершившие административные правонарушения (за исключением лиц, управляющих транспортными средствами), в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что они находятся в состоянии опьянения, подлежат направлению на медицинское освидетельствование.

Число лиц, направленных на медицинское освидетельствование в СФО за три года сократилось на 18,1 %: с 1 888 415 чел. в 2017 году до 154 256 чел. в 2019 году, что может быть связано с проведением освидетельствования на алкогольное опьянение лиц, которые управляют транспортными средствами, сотрудниками ГИБДД. Кроме того, наблюдаются сложности по вопросам оснащения и укомплектования удаленных кабинетов в малых городах и в сельской местности, в связи с чем возникает необходимость организации медицинского освидетельствования на состояние опьянения передвижными пунктами медицинского освидетельствования.

На сегодняшний день ни одна из государственных медицинских организаций СФО не проводит медицинское освидетельствование с применением ППМО в связи с их отсутствием.

С учетом преходящего характера опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического), при проведении медицинского освидетельствования с применением ППМО увеличивается возможность установления состояния опьянения у лиц, управляющих транспортными средствами с признаками опьянения, так как не затрачивается время на доставление их в медицинскую организацию, осуществляющую медицинское освидетельствование.

По результатам медицинского освидетельствования на состояние опьянения в СФО число лиц, направленных правоохранительными органами, с установленным состоянием алкогольного опьянения в 2019 году составило – 85 512 чел. (64,5%), за 6 мес.2020 года - 31396 чел. (60,2%), опьянения наркотиками – 11 771 чел. (8,9 %) в 2019 году и за 6 мес.2020 года – 4740 чел. (9,1%), иными токсическими (ненаркотическими) ПАВ - 146 чел. (0,1 %) в 2019 году и 58чел. (0,1%) за 6 месяцев 2020 года от числа прошедших лиц, направленных на медицинское освидетельствование.

Таким образом, в 2020 году наблюдается снижение (на 0,4%) числа лиц с установленным состоянием алкогольного опьянения по сравнению с 2019 годом и небольшой рост (на 0,2%) числа лиц с установленным состоянием опьянения наркотиками.

Таблица 1.

Медицинское освидетельствование на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического) по направлениям правоохранительных органов в субъектах СФО за 2019г. и 6 месяцев 2020г.

№ п/п	Субъект	Кол-во медицинских освидетельствований, всего		Установлено					
				алкогольное опьянение		опьянение наркотиками		опьянение ненаркотическими ПАВ	
		2019 год	6 мес. 2020 года	2019 год	6 мес. 2020 года	2019 год	6 мес. 2020 года	2019 год	6 мес. 2020 года
1	Республика Алтай	6316	3024	5637 4,2%	498 1,0%	179	20 0,4	0	0
2	Республика Тыва	1737	786	478 0,4%	215 0,4%	572	237 0,5	0	0
3	Республика Хакасия	8194	4367	6057 4,6%	3260 6,2%	823	306 0,6	9	8
4	Алтайский край	32846	12653	25295 19,1%	10206 19,6%	1687	404 0,8	9	6
5	Красноярский край	17728	7654	9982 7,5%	4082 7,8%	1627	927 1,8	48	12
6	Иркутская область	27729	10553	11605 8,8%	4835 9,3%	3839	1599 3,1	3	0
7	Кемеровская область	16016	7070	11170 8,4%	4811 9,2%	979	400 0,7	16	9
8	Новосибирская область	9916	2171	5971 4,5%	989 1,9%	1176	383 0,7	10	4
9	Омская область	2227	1052	719 0,5%	195 0,4%	378	258 0,5	44	17
10	Томская область	9861	2838	8598 6,5%	2305 4,4%	511	206 0,4	7	2
Итого по СФО		132570	52168	85512 64,5%	31396 60,2%	11771 8,9%	4740 9,1%	146 0,1%	58 0,1%

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

А.А. Матвеева

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт,
Республика Узбекистан, г. Ташкент

Аннотация. В статье представлены результаты исследования особенностей эмоционального интеллекта у пациентов с параноидной шизофренией и способностью данного контингента пациентов адаптироваться к окружающей обстановке и установлению межличностных контактов. Полученные в работе данные о нарушенных и сохранных звеньях эмоционального интеллекта могут использоваться для оптимального выбора психокоррекционных и реабилитационных технологий.

Ключевые слова: параноидная шизофрения. эмоциональный интеллект. пациенты. адаптация.

RESEARCH OF EMOTIONAL INTELLIGENCE IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

A.A. Matveeva

Tashkent Pediatric Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent

Abstract. The article presents the results of a study of the characteristics of emotional intelligence in patients with paranoid schizophrenia and the ability of this contingent of patients to adapt to the environment and establish interpersonal contacts. The data obtained in this work on the impaired and intact links of emotional intelligence can be used for the optimal choice of psychocorrectional and rehabilitation technologies.

Key words: paranoid schizophrenia. emotional Intelligence. patients. adaptation.

Введение. Согласно современным психологическим исследованиям интеллект не является единой познавательной способностью: в качестве самостоятельных видов выделяются музыкальный, лингвистический, логический, математический, музыкальный, социальный и эмоциональный интеллекты [3, С.212]. В успешной адаптации человека к условиям быстро меняющегося социума значительную роль играет эмоциональный интеллект, умение считывать мимические и парамимические выражения лица с окружающих людей реальной действительности [4, С.60]. Перспективность и

обоснованность использования концепта «эмоциональный интеллект» и влияния его на качество жизни были отражены зарубежными и российскими учеными [2, С.40].

Адаптация в современном обществе, карьерный рост, отношения в семье – все они связаны не только и не столько с формальными способностями и когнитивным функционированием индивида, сколько с определенного рода интеллектуальными и поведенческими навыками, тесно связанными с эмоциональной сферой личности, способностью к адаптации [1, С.200].

Показано, что высокий уровень развития эмоционального интеллекта позволяет достичь успеха и признания в различных сферах человеческой жизни – таких, как образование, юриспруденция, медицина, а низкий – связан с социальной дезадаптацией: аффективными расстройствами, аддиктивными нарушениями и эндогенными заболеваниями шизофренического спектра и регистра [5, С.25]. Психологическое сопровождение пациентов с параноидной шизофренией является актуальной проблемой на всех этапах оказания экстренной медицинской помощи, особенно в хирургическом аспекте [6, С.15].

Цель исследования: изучить особенности эмоционального интеллекта у больных параноидной шизофренией, включая его экспрессивный и импрессивный компоненты для оптимизации оказания медико-психологической помощи данному контингенту пациентов.

Материал и методы: объектом для исследования явились 128 больных параноидной шизофренией в возрасте 20-50 лет, находящихся на стационарном лечении в Городской клинической психиатрической больнице. Критерии включения: диагноз шизофрения, удовлетворяющий диагностическим критериям МКБ-10, отсутствие выраженных психотических и негативных симптомов, информированное согласие на участие в исследовании. Ведущими методами исследования были клинико-патопсихологический, экспериментально-психологический и анамнестический. Их психометрических методов использованы методики «Эмпатия», «Распознавание эмоций других людей», «Запрет на выражение чувств» (В.К. Зарецкий, А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, 2006), «Проективный тест враждебности».

Результаты исследования и обсуждения: на инициальном этапе первоочередной задачей стояло определение уровня развития эмоционального интеллекта у пациентов с параноидной шизофренией и способность их адаптироваться к микросоциальной среде с возможностью распознавать чувства и эмоции окружающих людей. По данным нашего исследования выявлено, что эмоциональное состояние больных параноидной шизофренией характеризуется резким повышением измеряемых параметров, за которым

стоит преобладание негативных переживаний в виде чувства потери энергетического потенциала, пессимизма, утраты прежних интересов, утомляемости, раздражительности, безнадежности, с фиксацией на негативных событиях из прошлого. В клинической картине параноидной шизофрении больные испытывали тревогу, беспокойство, неспособность расслабиться, ощущение страха перед окружающим миром. Преобладание негативной симптоматики в клинико-динамическом течении параноидной шизофрении влечёт за собой угасание эмоциональных реакций, формирование апатии, эмоциональной опустошенности и безразличия. Неспособность дифференцировать собственные эмоции и аффективные проявления приводят в конечном счёте и к утрате способности воспринимать интуитивно психоэмоциональное состояние и окружающих лиц. В ходе нашей работы был проведен анализ импрессивного компонента эмоционального интеллекта - оценка способности распознавать эмоции другого человека по жестам, позе и выражению лица. Полученные результаты свидетельствуют о резком снижении способности больных определять эмоциональное состояние партнера по общению. Это проявляется как в способности распознавать чувства других по мимике, так и по невербальным и парамимическим проявлениям. Повсеместно отмечались затруднения, отказы от ответов, использование описательных формулировок и неэмоциональных суждений. Экспрессивный компонент эмоционального интеллекта оценивался на основе методики, измеряющей запрет на проявление чувств, поскольку очевидно, что чем более отчетливо выражен запрет, тем менее вероятным будет как спонтанное, непосредственное, так и произвольное выражение эмоций. Наши данные демонстрируют выраженный, в части случаев почти предельный запрет на выражение базовых эмоций, особенно гнева (2,47±0,59), страха (2,27±0,58) и печали (2,16±0,65), а также общий запрет на выражение чувств (1,81±0,68). Запрет на выражение чувств ведет к отчуждению больными генуинных, внутренних переживаний, отрицание их порождает дискомфорт, растерянность из-за невозможности точного осознания собственного состояния, а в тяжелых случаях - симптомы деперсонализации. Также запрет на выражение чувств не дает возможности справляться с ними, перерабатывать и отреагировать эмоции, что приводит к эффекту кумуляции и значительно ухудшает эмоциональное состояние больных. Пациенты меняются и внешне, особенно это проявляется в изменении выражения лица с преобладанием амимии, маски безразличия и холодности, напряженности взгляда, закрытой позы туловища, сгорбленной осанки, отсутствия жестикуляций и тонких локомоторных движений. Отмечается нарастание прогрессирования нарушений эмоциональной сферы и социально-

психологической дезадаптации личности, вследствие чего снижается возможность функционирования в межличностных взаимоотношениях, внутриличностных проблем и изменения адаптационного потенциала больных параноидной шизофренией в условиях быстро меняющегося социума.

Выводы. Таким образом, снижение показателей эмоционального интеллекта у больных параноидной шизофренией имеет связь с отдельными клиническими проявлениями болезни, такие как оскудение в эмоциональной сфере, эмоциональная тупость и нарастание апатии и негативной симптоматики. У пациентов параноидной шизофренией установлены значительные нарушения импрессивного компонента эмоционального интеллекта, представленные затруднениями в распознавании эмоций других людей по мимическим и пантомимическим проявлениям. Выявленные изменения эмоционального интеллекта и отсутствие адаптационных способностей свидетельствуют о значимости психологического сопровождения медикаментозного ведения больных, использования методов психологического и психотерапевтического направления. Полученные в работе данные о нарушенных и сохранных звеньях эмоционального интеллекта могут использоваться для оптимального выбора психокоррекционных и реабилитационных технологий, а также для более точного прогнозирования ожидаемой эффективности психотерапевтических интервенций и перспектив социальной адаптации пациентов в зависимости от их индивидуально-личностных особенностей.

Литература / References

1. Александров, А.А., Балашова, Т.Н. Сотрудничество врача и психолога в диагностическом процессе // Психотерапия и клиническая психология: методы, обучение, организация. СПб. – Иваново, 2000.- С.199-204.
2. Бабарахимова, С.Б., Шаханская, О.В., Искандаров, Ж.М. Личностные особенности женщин с депрессивными расстройствами и их влияние на качество жизни // Сборники конференции НИЦ.- Социосфера 2013.- С.39-42.
3. Плужников, И.В. Нарушения эмоционального интеллекта при расстройствах аффективного спектра и шизофрении / И.В. Плужников //Вестник Томского государственного университета. - Сер. Психология. 2009.- № 329.- С.211-213.
4. Рычкова, О.В., Соина, Н.А., Гуревич, Г.Л. Эмоциональный интеллект при шизофрении // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН, 2013. -№ 6 (94).- С.60-64.
5. Matveeva, A.A., Sultonova. K.B., Abbasova. D.S. et al. Optimization of psycho-diagnostics of emotional states // Danish Scientific Journal. VOL 3, No 5 pp. 24-6. Niyazova Z., Nurkhodjaev S., Akhmedzhanova A. Features of psychological

rehabilitation in patients with eye injuries. Medicine and Law. 2019. -1 (38). - P.14-28.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ, ПРОГНОЗИРУЮЩИЕ СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

А.И. Мелёхин

Гуманитарный институт имени П.А. Столыпина,
Россия, г. Москва

Аннотация. Показано, что тяжесть СРК в высокой степени связана с алекситимией, так и желудочно-кишечной специфической тревогой, которые также были связаны друг с другом. Степень выраженности СРК (средняя, тяжелая) может быть предсказана с одинаковой степенью с помощью показателей алекситимии и желудочно-кишечной специфической тревоги, психосоциального функционирование, наличие симптомов депрессии и тревоги. Алекситимия выступает более сильным психологическим предиктором тяжести СРК, чем желудочно-кишечная специфическая тревога.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, желудочно-кишечная специфическая тревога, алекситимия, функциональные желудочно-кишечные расстройства

PSYCHOLOGICAL PREDICTORS SEVERITY OF IRRITABLE BOWEL SYNDROME

A. I. Melehin

Humanitarian Institute named after P. A. Stolypin, Moscow, Russia

Abstract. IBS severity was shown to be highly associated with alexithymia and gastrointestinal specific anxiety, which were also associated with each other. The severity of IBS can be predicted with the same degree using indicators of alexithymia and gastrointestinal specific anxiety, psychosocial functioning, the presence of symptoms of depression and anxiety. Alexithymia is a stronger psychological predictor of IBS severity than gastrointestinal specific anxiety.

Key words: irritable bowel syndrome, gastrointestinal specific anxiety, alexithymia, functional gastrointestinal disorders.

Введение. В условиях сложившейся пандемии COVID-19 увеличилось количество обращения людей с рецидивирующими болями в абдоминальной

области и/или связанными с ними изменениями в транзите кишечника (диарея, метеоризм, запор) [5]. Данное расстройство называется *синдром раздраженного кишечника* (СРК) которое рассматривается как нарушение *кишечно-мозгового взаимодействия* (disorders of gut-brain interaction) или разновидность *расстройства телесного дистресса* (bodily distress disorder) [4]. Ранее СРК относили к функциональным расстройствам желудочно-кишечного тракта. СРК имеет хроническое рецидивирующее течение, с сниженным ответом на соматотропную и психотропную терапию с распространенностью 12-19%. [3] Физиологических диагностических маркеров СРК не существует, и данное расстройство уже давно признано «биопсихосоциальным», т.е. представляет собой многофакторное нарушение регуляции оси «нервная система-кишечник» с изменениями на различных уровнях кишечной (энтеральной), нервной и иммунной систем или нарушением взаимодействия между этими системами [5]. Некоторые психологические факторы влияют на висцеральное восприятие симптомов у пациентов с СРК, включая *желудочно-кишечную специфическую тревогу* (GI-specific anxiety [1]), которая относится к когнитивно-аффективной и поведенческой реакции, возникающей у пациента из-за страха перед желудочно-кишечными ощущениями или симптомами, а также контекстом, в котором эти висцеральные ощущения и симптомы возникают. Он сосредоточен конкретно на основных особенностях СРК (боль в животе, диарея, запор) в конкретных контекстах, таких как ситуации, связанные с едой или места, в которых возможности туалетной комнаты неизвестны или труднодоступны. Данная форма тревоги относится к форме когнитивного гипервозбуждения, беспокойству и избеганию ощущений и социальных контекстов [1]. Наличие у пациента алекситимического дефицита может влиять на восприятие здоровья и болезни, через нарушение регуляции вегетативного возбуждения, искаженного восприятия ситуаций как стрессовых, низкой толерантности к дискомфортным телесным сенсациями, соматосенсорную амплификацию, посттравматическое отключение эмоций [2]. Показано, что у пациентов с СРК алекситимия распространена у 43-66% и связана с хронической усталостью через депрессию и высокую соматизацию [4]. Алекситимические пациенты с СРК чаще предъявляют жалобы на абдоминальные боли, вздутие и-за высокой висцеральной гиперчувствительности, т.е. эмоциональной и вегетативной гиперактивности в ответ к интероцептивным неприятным висцеральным ощущениям [2].

Алекситимия и желудочно-кишечная специфическая тревога по нашему мнению вероятно участвуют в висцеральном восприятии симптомов, поскольку они могут указывать на наличие у пациента трудностей в эмоциональной

регуляции, негативное смещение при восприятии соматических ощущений, повышенную негативную аффективность, катастрофизацию симптомов, избегающее и перестраховочное поведение, тревогу о здоровье приводящие к усиленному страху перед ЖКТ симптомами и трудностям идентификации, описании собственных чувств (алекситимии).

Цель исследования: провести анализ участия желудочно-кишечной специфической тревоги и алекситимии в прогнозировании тяжести заболевания у пациентов с СРК «средней» и «тяжелой» степени выраженности.

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 СРК*. На основе IV Римских критериев диагностики подтипа СРК преобладал «смешанный» 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, Wiklund, Fullerton, 2003) 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, Francis, Morris, 1997). 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, чтобу 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, Labus, 2004), 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 и избегающее поведение.
- *Алекситимия:* 20-бальная Торонтская шкала алекситимии (TAS-20, Bagby, Parker, 1994), которая позволяет оценить трудности идентификации чувств, описания чувств и внешне-ориентированное мышление.
- *Психологический дистресс*. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS, Zigmond, Snaith, 1983).
- *Психосоциальное функционирование*, оценивалось с помощью Short Form-12 Health Survey (SF-12, Gandek, Ware, 1998), которая позволяет оценить состояние физического (PCS) и психического здоровья (MCS). Высокие баллы указывают на благополучное психосоциальное функционирование пациента.

Результаты исследования:

- *Психологические особенности и симптомокомплекс СРК.* Показано, что алекситимия, желудочно-кишечная специфическая тревога и оценки степени тяжести СРК сопряжены с симптомами психического дистресса (депрессия, тревога). Желудочно-кишечная тревога связана с висцеральной гиперчувствительностью ($r=0,73$, $p\leq0,01$) и алекситимией ($r=0,66$, $p\leq0,01$), особенно трудностями идентификации ($r=0,44$, $p\leq0,01$) и описания чувств ($r=0,61$, $p\leq0,01$) пациентом, но не с внешне-ориентированным мышлением ($r=0,19$, $p\leq0,05$). Алекситимия и висцеральная гиперчувствительность были тесно сопряжены друг с другому ($r=0,69$, $p\leq0,01$). Кроме того, баллы по IBS-SSS, TAS-20 и VSI были связаны с симптомокоплексом СРК (GSRS-IBS) и психосоциальным функционирование (SF-12). В то время как связи были незначительны с показателями тревоги и депрессии (HADS). Сила связей существенно не изменилась при проведенном нами анализе групп пациентов со

«средней» и «тяжелой» степени выраженности СРК. Слабые связи (r=0,17-0,20) были обнаружены между тяжестью СРК, желудочно-кишечной специфической тревоги, алекситимии с учетом образования. Однако, паспортный (хронологический) возраст пациентов значительно связан с показателями алекситимии, висцеральной гиперчувствительности и степенью выраженности СРК (r=0,29-0,44, p≤0,01).

- *Психологические особенности и по 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 GSRS-IBS и ряде субшкал, за исключением проявлений диареи. Высокие баллы по висцеральной гиперчувствительности, алекситимии, симптомам депрессии и тревоги, сниженное психосоциальное функционирование. 96 (54%) пациентов набрали высокий балл по алекситимии среди пациентов с тяжелой степенью тяжести СРК (n=64,70%), чем среди пациентов с средней степенью тяжести (n=33, 38%), независимо от типа СРК ($\chi 2$=17,81, p<0,001).
- *Предикторы 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 балл по TAS-20) как независимые переменные. Кроме того, учитывая кратность между переменными хронологический возраст, психологический дистресс (HADS-A, HADS-D), а также психосоциальное функционирование (субшкалы PCS, MCS) добавлены нами в качестве зависимых переменных. TAS-20 пояснил 52% дисперсии оценки тяжести СРК, к которой относится висцеральная гиперчувствительности, добавлено значительное 9% дисперсии, контролируемой для всех остальных переменных. TAS-20 гораздо больше сопряжено (рассматривая полупарциальные корреляции) с тяжестью СРК (r=0,52, p≤0,01), чем висцеральной гиперчувствительностью (r=0,19, p≤0,05). Поскольку алекситимия (TAS-20) и висцеральная гиперчувствительность (VSI) были сопряжены с несколькими другими переменными в однолинейных регрессиях, то дополнительно был проведен иерархический регрессионный анализ (возраст, GSRS-IBS, HADS, SF-

12). Отметим, что внешне-ориентированное поведение не был независимо связан с IBS-SSS. Пациенты были стратифицированы по высокому уровню алекситимии (более 60) и высокой желудочно-кишечной специфической тревоге (более 49) Самый высокий балл IBS-SSS наблюдается у пациентов с высокой алекситимией и высокой желудочно-кишечной специфической тревогой). Многомерный анализ показал статистическую значимость связи между TAS-20 и IBS-SSS. Наблюдается отчетливая связь между тяжестью СРК и алекситимией (d=1,44) и высокой желудочно-кишечной специфической тревогой (d=1,19). Алекситимия (R2=0,59, ΔR2 =0,59, β=0,519) и желудочно-кишечная тревога (R2=0,29, ΔR2=0,18, β=0,311) выступают психологическими предикторами степени выраженности СРК.

Выводы. Алекситимия и желудочно-кишечная специфическая тревога тесно связаны друг с другом, а также с тяжестью СРК, что позволяет предположить наличие у пациентов с данным расстройством *эмоциональной дисрегуляции*. Однако, алекситимия (особенно аспекты трудности идентификации и описания чувств) оказалась более сильным предиктором тяжести СРК, чем желудочно-кишечная специфическая тревога, что позволяет предположить, что нарушение аффективного осознания у пациентов могут участвовать в клинических проявлениях СРК приводят к рефрактерному течению заболевания. В связи в рамках психологической помощи данных пациентов рекомендуется проводить обследование не только психического статуса, но и личностных особенностей (соматизация, нейротизм, алекситимия, висцеральная гиперчувствительность). Включать протокол когнитивно-поведенческой психотерапии, направленный не только на снижение желудочно-кишечной специфической тревоги, избегающего, перестраховочного поведения (экспозиционные протоколы), но и на *усиление эмоциональной осведомленности и выражения* (Emotional Awareness and Expression Training [4]).

Литература / References

1. Jerndal, P., Ringstöm G., Agerforz P., Gastrointestinal-specific anxiety: an important factor for severity of GI symptoms and quality of life in IBS. //Neurogastroenterol Mot 2010. Vol. 22. P. 19-26

2. Kano, M., Endo Y., Fukudo S. Association Between Alexithymia and Functional Gastrointestinal Disorders. // *Front Psychol*. 2018. Vol. 9. P. 5-19. doi:10.3389/fpsyg.2018.00599

3. Lackner J.M. Skills over pills? A clinical gastroenterologist's primer in cognitive behavioral therapy for irritable bowel syndrome. // Expert Review of

Gastroenterology & Hepatology, 2020, Vol. 1 p.19-27 doi: 10.1080/17474124.2020.1780118
4. Priti A. Alexithymia in irritable bowel syndrome // Indian J. Psychiat, 1998, Vol. 40. № 1. P. 79-83
5. Using Central Neuromodulators and Psychological Therapies to Manage Patients with Disorders of Gut-Brain Interaction. A Clinical Guide. Editor W. Harley Sobbing. Springer. 2019. P. 191 .

СМЫСЛ ЖИЗНИ КАК ЛЕКАРСТВО ОТ ПАНДЕМИИ: ИЛИ ЗАЧЕМ СОВРЕМЕННОМУ МИРУ НУЖНА ЛОГОТЕРАПИЯ ВИКТОРА ФРАНКЛА

Т.М. Михайлова, Г.В. Акименко,
старший преподаватель кафедры педагогики и психологии профессионального образования, Кузбасский региональный институт развития профессионального образования, Россия, г.Кемерово
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В предлагаемой работе предпринимается попытка освещения понятия логотерапии как специфической идеи смысла жизни, рассматривающая проблему утраты веры в будущее и возможность духовного роста в условиях пандемии. Дается характеристика групп ценностей и анализируются идеи В. Франкла.

Ключевые слова: В. Франкл, пандемия, COVID-19, логотерапия, смысл жизни.

THE MEANING OF LIFE AS A CURE FOR THE PANDEMIC: OR WHY THE MODERN WORLD NEEDS VIKTOR FRANKL'S LOGOTHERAPY

T. M. Mikhailova, G. V. Akimenko
Kemerovo state medical University
Ministry of health of Russia, Kemerovo, Russia

Abstract. This paper attempts to highlight the concept of Logotherapy as a specific idea of the meaning of life, considering the problem of loss of faith in the future and the possibility of spiritual growth in a pandemic. The characteristic of groups of values is given and the ideas of V. Frankl are analyzed.

Keywords: V. Frankl, pandemic, COVID-19, Logotherapy, meaning of life.

Современный мир переживает острый кризис: COVID-19 уносит жизни, срываются политические договоренности, разрушен привычный образ жизни.

Эпидемия была зафиксирована в китайской провинции Ухань в конце 2019 года и начала быстрое распространение по стране и за её пределами. В результате такого быстрого распространения всемирная организация дравоохранения (ВОЗ) была вынуждена объявить 11 марта пандемию. После этого практически все страны начали закрывать границы и прерывать авиасообщение, вводить режим жестких ограничений. По данным на середину сентября 2020 г. по всему миру заражено 30 690 511 человек, из них выздоровело 22 113 276 и погибло 956 381 человек [1].

По состоянию на 15.09.2020 число зараженных коронавирусом в России составляет 1 091 186 человек, 901 207 выздоровело и 19 195 зафиксировано смертей [1].

Для анализа ситуации важны не только колоссальные потери национальных экономик и мировой экономики в целом, деструкция сложившейся межнациональной инфраструктуры, принудительная «заморозка» межнациональных и межкультурных связей, но и новые психологические феномены, проявившиеся как следствие пандемиии. К этим последствиям в их прямом выражении можно отнести в первую очередь экзистенциальные кризисные проявления на личностном и межличностном уровнях. Однако и в резкой эскалации социальных и межрасовых конфликтов последнего времени (при их очевидной полифакторности) также так можно вычленить причины, производные от острого психоэмоционального напряжения, социальной фрустрации, тревоги и страха, вызванных демонтажом привычной жизни вследствие пандемии.

В этих условиях, казалось бы новых для мира и каждого человека, не имеющих аналогов в нашем опыте, в новом свете понимается концепция логотерапии Виктора Франкла, гуманистического психолога, переоткрывшего идею смысла жизни во время заключения в нацистском концлагере.

Для В. Франкла было важно понять, как человек мотивирует себя путем стремления к смыслу. Базовый концепт теории состоит в том, что наличие в человеческой жизни смысла само по себе оказывает психотерапевтический эффект, а потеря его влечет за собой экзистенциальный невроз со свойственным для него ощущением бессмысленности жизни, депрессивный настрой и токсичные переживания подавленности и беспомощности. В лечении неврозов важном довести до больного мысль о том, что смысл можно найти во

всем, в том числе и в мучениях, что даже если личные неудачи не получается исправить, само отношение к ним можно изменить [2].

То состояние, в котором находится сегодня большинство людей можно обозначить «человек в трудном состоянии». Термин этот позаимствован из работ выдающего русского психолога Л.П. Гримака [3].

Какой тип поведения выбирают люди в существующей ситуации? Человек - разумное существо и он в состоянии направить свои мысли в то русло, в какое ему представляется верным. Он способен ответить себе внутренне на те вопросы, которые ему кажутся важными, соответствующими ситуации. Прятаться с головой в работу, погружаться в сериалы – это все популярные формы эскейпизма, который по определению бесплоден, нерезультативен. Здесь побег не работает, работает поиск смысла. И в этой точке находится портал в мир В.Франкла.

Ситуация, в которой в 1941 году В. Франкл была непростой. Находясь в Австрии и имея на руках американскую визу, он предпочел остаться в стране, прекрасно понимая, что окажется схваченным нацистами и, как и многие евреи, будет отправлен в концентрационный лагерь вместе со своими родителями. На это тогда уже известным ученым был сделан расчёт. Полагаясь на то, что он будет рядом с семьей, В. Франкл рассчитывал, что сможет быть полезным своим родным и другим узникам лагеря, так как накануне войны он как раз закончил большой труд по разработке теории о смысле жизни.

Когда Виктор Франкл попал в фашистский концлагерь, он первым делом спросил себя: «Зачем я сюда попал?» Очевидно, что доктору-еврею в фашистском концлагере было много сложней, чем любому человеку сегодня. В. Франкл спасся смыслом. Он понял, что не только как врач сможет помогать другим узникам, но у него есть возможность наблюдать людей в крайнем психологическом состоянии. Усилием воли еврей-узник превратил концлагерь в лабораторию, выжил и написал книгу обо всем увиденном и понятом.

Важно, что по Франклу человек не может найти смысл в самом себе. Есть три пути обретения смысла: путь деятельности, то что человек может дать жизни (творческая деятельность, ценности творчества – независимо от профессии и характера труда); путь включения в переживание ценностей (ценности переживания); через собственную позицию по отношению к судьбе и обстоятельствам своей жизни, которые он не может изменить (ценности отношения).

Применительно к нашему времени для того, осмыслить происходящее, следует для начала в высшей степени критично отнестись к публикациям об эпидемии, в первую очередь – к интернету, самому массированному источнику

информации для большинства населения. Людей вводит в заблуждение, возбуждают, тревожат и пугают многообразные «фейки», некоторые из которых распространяются специально, а некоторые – от страха и бессилия.

При этом наблюдается явный дефицит конструктивной информации, а представленная официальная и аналитическая информация противоречива и отрывочна. И кольцо негативных реакций замыкается: на фоне тревоги люди утрачивают доверие к официальной информации, раздуваются конспирологические мифы и панические слухи, нагнетается напряжение. Попытки разобраться в том, что происходит в настоящее время, становятся бессмысленными и на фоне отсутствия у социума точной информации (в том числе – и по объектным причинам) о природе и происхождении вируса COVID-19, перспективах развития ситуации в мире

Возникает вопрос: в чем может обрести смысл человек в современных условиях? Следуя Франклу, это суть каждого дня, решение базовых вопросов существования, до которых раньше не доходили руки. Смысл нынешних дней в том, что судьба дает человеку возможность понять, кто те люди, рядом с которыми он находится двадцать четыре часа в сутки. Значимы они в его жизни, или это просто случайные попутчики, оказавшиеся рядом в силу стечения обстоятельств?

В чем смысл карантина или самоизоляции? Однозначно не в том, не в том, что мы практически не видим других людей. И снова чрезвычайно современно звучит Франкл: смысл нынешних дней в сосредоточенности на самом себе, на своих родных и близких, на своей работе.

Понимание смысла происходящего, «осознание» по Франклу, это единственный способ победить посещающий нас страх, который естественен и нормален. Аномальная реакция на аномальные обстоятельства – это нормально. Это парафраз одного из самых афористичных суждений Ф. Франкла.

Больше всего человека страшит неясное и непонятное - то, к чему у нас нет привычки. У большинства современных людей нет привычки жить так, как они живут в условиях пандемии. Но если человек хотя бы старается внести смысл в эту жизнь, осмыслить ее - страх отступает. Время психологически не простое, но сделать его полезным для собственной жизни - это выбор каждого человека.

Еще в 1946 году в своей книге «Человек в поисках смысла» Виктор Франкл описал чувство отчаяния, так хорошо знакомое современному человеку. Психоаналитик, переживший холокост, рассказал, что многие его пациенты жаловались на «непреодолимое ощущение полной бессмысленности жизни» [5].

Беды XXI века - от разного рода зависимостей до веры в псевдонаучные теории появились не случайно. Они в значительной степени порождение экзистенциального вакуума, точно и тонко описанного В.Франклом.

Концепция всемирно известного психолога, выжившего в условиях концлагеря и давшего выжить другим, эффективно работает сегодня в условиях ситуации, создавшейся в связи с коронавирусом. Именно логотерапия может стать сейчас наиболее востребованным и наиболее щадящим для человека (самым низко травматичным) видом психотерапии и психологической поддержки в сложный период пандемии. Она выступает как скорая помощь, помогающая открыть смысл момента и сделать его более глубоким, личным и необходимым.

Центр Виктора Франкла в г. Санкт-Петербурге (имеет аккредитацию Института Виктора Франкла, г. Вена, и действует при поддержке Высшей Школы Логотерапии Московского института Психоанализа) разрабатывает специальные рекомендации по оптимизации поведения и психологической самоподдержке в сложившихся условиях. Исходная посылка: психическое и духовное состояние человека непосредственно влияет на его иммунитет, а значит становится активным фактором не только психопрофилактики тревожных расстройств и фобических реакций, но и самой коронавирусной инфекции.

Вот некоторые из рекомендаций Центра:

а) необходимо критически фильтровать поступающую информацию, и не увлекаться чтением постов в социальных сетях на тему коронавируса. Заниматься медитацией, физическими упражнениями, прослушивать расслабляющую музыку, больше времени уделять своим домашним питомцам – делать все то, что действует расслабляюще и гармонизирует ваш эмоциональный фон;

б) использовать время изоляции со смыслом: общаться с приятными людьми (по телефону, в социальных сетях, посредством видеоконференций), возможно стоит позвонить знакомым, для кого ранее не находилось время, читать интересную литературу, изучить что-то новое, записаться на онлайн-обучение, больше контактировать и играть с детьми, попробовать готовить новые кулинарные блюда, выехать за город на природу и т.д.;

в) проявить заботу о людях, находящихся в зоне риска - пожилых людях и людях с ослабленным иммунитетом (онкология, сердечная и легочная недостаточность и т.д.), одиноких людях, которые оказались разлучены со своими близкими. Эта забота может проявляться в малом, но, по сути является

бесценной – помочь сходить за продуктами или в аптеку. Поддержать своих коллег, знакомых, друзей, помочь им не падать духом [6].

Представляется, что сам Виктор Франкл делал бы все, что необходимо, в период эпидемии. Потому что знал, что делает это ради себя и своих близких. Только работа и помощь нуждающимся вынудили бы его не сидеть в самоизоляции. И, вероятно, если бы была возможность, Виктор Франкл конечно же работал бы на передовой, в защитном костюме с коронавирусными больными. А если бы все же больницу закрыли, и ему не разрешили подвергать себя такой опасности, например, из- за возраста, то он принимал бы пациентов дома по скайпу, телефону, ватсапу, вайберу.

Он обязательно расширил бы свое учение новыми, открывшимися его взору постулатами, разработал методы и техники, выступал бы на телевидении с поддержкой людей. А в проработке наступающих страхов и тревоги эффективно был бы использован его знаменитый метод парадоксальной интенции.

Смысл жизни - это не абстракция. Человек должен понимать, что вопрос «В чем смысл жизни?» обращен к нему самому. И ответ на него можно получить, лишь взяв ответственность за собственную жизнь. То есть, единственное, что может подсказать тебе жизнь - это то, что ты должен быть ответственным, что и обосновывается в категорическом императиве логотерапии: «Проживи жизнь так, как будто ты живешь уже второй раз, и как будто ты в первый раз сделал ошибку, именно так, как собираешься сделать сейчас!» [7]

В ситуации борьбы с COVID-19 не другого пути, кроме единения людей, реального возвращения к .гуманистическим, подлинно человеческим ценностям в жизни каждого человека и общества в целом. Победить и вирус, и собственные страхи можно только вместе.

И в заключении несколько высказываний автора всемирно известного бестселлера «Скажи жизни «ДА» Виктора Франкла.

«Счастье подобно бабочке. Чем больше ловишь его, тем больше оно ускользает. Но, если вы перенесете свое внимание на другие вещи, оно придет и тихонько сядет вам на плечо».

«Нам опять и опять приказывается и предписывается быть счастливыми. Но счастье не может быть объектом стремления, погони; оно должно быть результатом чего-то другого. Надо иметь основание быть счастливым».

«Не ставьте себе целью успех: чем больше вы будете стремиться к нему, сделав его своей целью, тем вернее вы его упустите. Успеха, как и счастья,

нельзя добиваться. Он приходит потом только как незапланированный результат преданности делу, более значительному, чем ты сам».

«Нормальная личность удовлетворяется миром с частичной безопасностью, в то время как невротик ищет абсолютной безопасности».

«Каждой твари дано оружие для самозащиты: кому рога, кому копыта, жало или яд. У меня - дар красноречия. Покуда мне рот не заткнут, со мной лучше не связываться» [8].

Пусть слова великого мастера слова и дела вдохновят вас и наполнят духовно - самым сильным оружием против коронавируса.

Литература / References

1. Коронавирус в России и мире.– URL: https://koronavirus-today.ru/. (дата обращения: 15.09.2020).
2. Франкл, В. Синхронизация в Биркенвальде. - М., 2009. [Электронный ресурс].– URL: https://www.litmir.me/br/?b=188366. (дата обращения: 4.06.2020).
3. Гримак, Л. П. Психология активности человека: Психологические механизмы и приемы саморегуляции, - М. Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2010.- 368 с. [Электронный ресурс].– URL: https://www.chitalkino.ru/grimak-l-p/psikhologiya-aktivnosti-cheloveka/. (дата обращения: 4.06.2020).
4. Аронов, А.Я. Островок безопасности. - Советский писатель, 1987. -128 с. [Электронный ресурс]. – URL: https://books.google.ru/books?id = (дата обращения: 4.06.2020).
5. Франкл, В. Человек в поисках смысла.- М., 1985. [Электронный ресурс].– URL: https://avidreaders.ru/book/chelovek-v-poiskah-smysla.html (дата обращения: 4.06.2020).
6. Рекомендации центра Виктора Франкла для психологов по поддержке населения в период пандемии короновируса COVID-19. [Электронный ресурс]. – URL: http://www.viktorfranklcenter.ru/news/covid_recommendation. (дата обращения: 1.08.2020).
7. Франкл, В. Страдания от бессмысленности жизни.- М. : Прогресс, 1998. - URL: https://avidreaders.ru/book/stradaniya-ot-bessmyslennosti-zhizni.html. (дата обращения: 11.08.2020).
8. Франкл, В. «Скажи жизни «ДА». Психолог в концлагере. .- М., «Смысл» 2009. [Электронный ресурс].– URL: - https://www.labirint.ru (дата обращения: 1.08.2020).

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ РЕМИССИИ У НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

В.Н. Нобатова

ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы»,
Россия, г. Москва

Аннотация. В статье приведен обзор литературы в отношении факторов, влияющих на формирование ремиссии у наркологических пациентов. Из всего разнообразия факторов можно выделить, такие как биологические, личностные, социальные, терапевтические, а также организационные. Стоит отметить, что одним из важных факторов формирования ремиссии является процесс прохождения медицинской реабилитации. Ещё одним важным фактором в формировании длительной ремиссии является семейная психокоррекционная и психотерапевтическая работа как с пациентами, так и с их родственниками, которая должна быть включена в процесс проводимых реабилитационных мероприятий. Такое многообразие влияния факторов на формирование длительных ремиссий для каждого наркологического пациента нужно рассматривать комплексно.

Ключевые слова: факторы ремиссии, реабилитация, реабилитационные программы, мотивация, синдромом зависимости от алкоголя, синдром зависимости от психоактивных веществ.

MEDICAL REHABILITATION AS A FACTOR CONTRIBUTING TO DEVELOPMENT OF REMISSION IN SUBSTANCE-DEPENDENT PATIENTS (LITERATURE REVIEW)

V.N. Nobatova

Moscow scientific and practical center of narcology of the Moscow city health Department, Moscow, Russia

Abstract. The article reviews literature on factors influencing recovery in substance-dependent patients. Many authors describe various factors contributing to stable and long-term remissions in patients with substance use disorders. The main categories of factors that can be singled out are biological. personality. social. therapeutic. and organizational factors. It is worth mentioning that completion of medical rehabilitation is a crucial factor of long-term remission. Another important aspect is family psychoeducation and therapy that is provided to patients and their

relatives and that should become a necessary part of rehabilitation. One needs to take the whole variety of factors influencing long-term remissions development in individual work with patients.

Key words: factors of remission, rehabilitation, rehabilitation program, motivation, alcohol dependence, drug dependence.

Изучение факторов является очень актуальным, так как, зная какие факторы влияют на устойчивость и длительность ремиссии, можно определить эффективность проводимого реабилитационного процесса. Данные статистики показывают, что в 2017 году в государственных наркологических учреждениях нашей страны функционировали 9 реабилитационных центров, 125 стационарных реабилитационных отделений и 66 амбулаторных реабилитационных отделений [15]. Количество пациентов наркологического профиля, которые были включены в стационарные реабилитационные программы в 2017 году составило 30076 человек, это 5,4% от общего числа всех пациентов, проходивших стационарное лечение в связи с синдромом зависимости от психоактивных веществ (ПАВ). Процент от общего количества пациентов наркологического профиля, включенных в стационарные реабилитационные программы очень низкий. Стоит отметить, что успешно закончивших стационарную реабилитационную программу составило 83% пациентов, а направленных для дальнейшего прохождения амбулаторной реабилитации составило 61,5% от числа успешно завершивших стационарную реабилитационную программу. В амбулаторные реабилитационные программы в 2017 году было направлено 85107 пациентов наркологического профиля, что составляет 3,8% от общего количества пациентов. Как видно показатель направленных пациентов в амбулаторные реабилитационные программы очень низкий, как и в стационарные реабилитационные программы. Из 3,8 % пациентов, направленных на прохождение амбулаторной реабилитационной программы, успешно завершили её 53,9 % пациентов [15]. Анализируя данные статистики, можно сделать выводы, что процент от общего количества пациентов наркологического профиля направленных на реабилитационные программы низкий, а процент пациентов, успешно завершивших реабилитационные программы высокий. Более 50% от общего количества пациентов, направленных на прохождение реабилитационной программы, успешно завершили её. Таким образом, можно сразу увидеть такой важный фактор, как фактор прохождения программ реабилитации, т.е. те пациенты, которые были направлены на реабилитацию, её в большинстве случаев, успешно завершают, а, следовательно поддерживают свою трезвость.

Зарубежные и отечественные исследования показывают, что те пациенты с зависимостью от ПАВ, которые проходят полностью программы реабилитации, дают длительные ремиссии, как по показателю более года полной трезвости, так и по показателю полной трезвости более трех лет [1, 33]. Необходимо увеличить количество пациентов, направляемых на реабилитационные программы, что в свою очередь приведет к высоким показателям ремиссии у пациентов наркологического профиля. Увеличение количества пациентов наркологического профиля, направленных на прохождение реабилитации возможно при условии, что доступность и этапность реабилитационных программ будет не нарушена. Особое внимание заслуживает индивидуальный подход в выборе проводимых амбулаторных реабилитационных программ, влияющих на формирование длительных и стойких ремиссий у пациентов наркологического профиля [1, 2, 38].

Продолжая анализировать другие факторы, влияющие на ремиссии, мы рассмотрели ряд отечественных и зарубежных исследований в этой области. Так, в своей работе Е.А. Брюн с соавторами выделили по результатам контент-анализа научных работ четыре группы прогностических факторов, влияющих на длительность ремиссии у больных наркологического профиля. В первую группу прогностических факторов были включены факторы течения наркологических заболеваний [6]. В эту группу вошли научные работы, где проводился анализ данных пациентов страдающих злоупотреблением ПАВ, фоновое состояние личности и нозологическую форму наркологического заболевания. Вторая группа прогностических факторов включила в себя социальные, семейные и культурные. Третья группа прогностических факторов включила в себя резервные возможности соматических и психологических факторов, влияющих на формирование ремиссии у пациентов наркологического профиля. В эту группу были включены такие показатели пациента как, возраст пациента, личностные качества пациента, особенности организма, а также влияние сопутствующих патологических заболеваний на длительность и устойчивость ремиссии у пациентов наркологического профиля. Четвертая группа прогностических факторов включает в себя факторы проводимой терапии и медицинской реабилитации пациентов наркологического профиля [6]. Так мы видим, что лечение и реабилитация занимают отдельную самостоятельную группу факторов, которые также значимо влияют на формирование ремиссии наркологического пациента.

В работе А.В. Худякова также отмечается, что особое место в формировании длительной ремиссии занимает семейная психокоррекционная и психотерапевтическая работа как с пациентами, так и созависимыми в рамках

проводимых мероприятий коррекционно-реабилитационного процесса [24]. Автор доказывает, что у пациентов, употребляющих психоактивные вещества, и находящихся в стадии ремиссии, происходит активная регрессии психических расстройств. Он описывает, что активная регрессия реализуется при индивидуальных психотерапевтических встречах, закрепляется при дополнительных занятиях групповой психотерапией [24]. По мнению исследователей Т.Н. Цветковой и А.И. Минько с соавторами, чтобы сформировать устойчивый социально-позитивный образ жизни зависимого от ПАВ, необходимо комплексно воздействовать через активацию нравственных и духовных компонентов психики пациента, что возможно только в длительной реабилитации [19, 25].

Т.В. Агибалова в своем исследовании рассматривала как длительность нахождения в программах лечения с применением психотерапии влияет на длительность и качество ремиссии [3]. Это исследование проводилось до того, как в нашей стране была организована реабилитационная помощь наркологическим больным. В исследовании была организована психотерапевтическая программа длительностью более 12 месяцев. Автор выявила, что у 73% пациентов с алкогольной зависимостью, у 22% с героиновой зависимостью, у 60% с игровой зависимостью, прошедших курс психотерапии (минимум 12 месяцев) в комплексе с медикаментозным лечением, имели место устойчивые ремиссии в течение 12 месяцев. Кроме того, у пациентов отмечались следующие положительные эффекты: повышение стрессоустойчивости, улучшение семейных отношений и социального функционирования, причем большинство связывали этот эффект с прохождением курса психотерапии. Также это исследование показало большую роль длительной психотерапии в повышении комплаенса в медикаментозном лечении. Также по результатам прохождения лечения в этой программе был сделан вывод, что одним из важных критериев успешности проводимой терапии является факт, остается или нет пациент в лечебной программе. Даже если у больного есть срывы или рецидивы заболевания, но при этом он продолжает обращаться за специализированной помощью, качество его жизни улучшается, повышается вероятность формирования ремиссии [3].

Ф.З. Шакуров в своей работе изучал влияние возраста начала употребления алкоголя пациента на формирование ремиссии алкогольной зависимости. Автор приходит к выводам, что стойкие ремиссии в течении одного года формируются чаще, если возраст первого употребление алкоголя этими больными был после 15 лет и 4 месяцев, а ремиссии более двух лет формируются достоверно чаще, если первое употребление алкоголя было после

18 лет и 9 месяцев [27]. К интересным выводам в своих работах пришли авторы Т.Р. Петросян и Д.В. Савельев, они у пациентов изучали алкоголизм с посттравматическим стрессовым расстройством, и пришли к выводам, чем раньше появляется посттравматическое стрессовое расстройство, тем реже отмечается длительная и устойчивая ремиссия у пациентов наркологического профиля [21, 22]. Д.Б. Цыганков в своей работе отмечает, что пациенты с психастенией и ипохондрией имели более стойкую и длительную ремиссию. А у пациентов с краткосрочными ремиссиями преобладали такие личностные черты как импульсивность, склонность к эксплозивным реакциям и тревожность [26]. Существенно увеличивается длительность ремиссии у пациентов наркологического профиля, считает А.С.Конищев, если проводить дифференцированный подход к терапии пациентов с учетом психопатологических расстройств. Так, например, пациентам с депрессивными расстройствами необходимо проводить коррекцию этих расстройств, а пациентам с психоорганическими расстройствами, которые имеют более высокий риск рецидива необходимо проводить комплексные лечебно-профилактические мероприятия. У пациентов при тревожно-фобическом расстройстве основное внимание нужно уделить психотерапевтической работе с социально-психологическими факторами и личностными особенностями [16, 17]. В своем исследовании автор Н.А. Соловова отмечает, что пациентов наркологического профиля для достижения устойчивости ремиссии необходимо обучить способам совладания с негативными эмоциональными состояниями [23]. В исследовании Л.В. Мищенко показано, как выраженность психического инфантилизма у пациентов, зависимых от алкоголя с личностными расстройствами влияет на формирование и длительность ремиссии. Пациенты, у которых инфантилизм был менее выражен, ремиссия была более длительная [20]. Исследователь В.Н. Кузнецов показал в своих исследованиях, что краткосрочные ремиссии до шести месяцев отмечались в основном у пациентов с недифференцированной полоролевой идентичностью: у мужчин в 53,5% а у женщин в 38,7% случаев [18].

Не менее важным фактором прогноза ремиссии в первые месяцы формирования ремиссии является установка на трезвость, наличие аффективных нарушений и астенических проявлений [12, 13]. В свою очередь многие авторы описывают как наличие аффективных расстройств, в основном депрессии и тревоги влияют на устойчивость ремиссии и приводят к высокому риску рецидива заболевания [12, 13, 28, 32, 33]. У пациентов с коморбидной никотиновой зависимостью процент ремиссии очень низкий [30, 33]. Также важным фактором при формировании стойких и длительных ремиссий у

пациентов наркологического профиля являются преморбидные особенности личности. Благоприятный прогноз у пациентов со стеническими преморбидными особенностями личности [8]. Такие пациенты имеют активную жизненную позицию, они целеустремленные, круг интересов у них разнообразен, они отличаются позитивностью, независимостью суждений, отсутствие повышенной внушаемости, а также стремление сохранить или восстановить семейный, социальный и материальный статус [14]. Социальный и семейный статус относятся к внешним факторам влияющих на длительность ремиссии у пациентов. К таким факторам можно отнести стабильность семейных (брачных) отношений, а также наличие детей [30, 33], высокий образовательный уровень [36], уровень доходов [38]. Формирование длительных и стойких ремиссий у пациентов наркологического профиля исследователи напрямую связывают с качеством жизни пациента [37], с такими условиями как, удовлетворение от профессиональной деятельности, от микроклимата в семье, хобби, поддержки со стороны родственников и друзей [9]. А именно на эти показатели возможно повлиять в программах долгосрочной реабилитации.

В большинстве стран Европы, США, Израиле, прохождение программы реабилитации является основным фактором, влияющим на формирование ремиссии у наркологического пациента [31, 34, 35, 39]. Зависимый от ПАВ априори не может сформировать устойчивую ремиссию без прохождения реабилитационных программ. Именно реабилитация – то место, где начинается ремиссия.

Проводимые в нашей стране реабилитационные программы в государственных наркологических учреждениях катастрофически мало. Пациенты с зависимостью от ПАВ вынуждены обращаться в частные наркологические клиники. Существует множество частных реабилитационных клиник, в большинстве таких клиник проводимые реабилитационные мероприятия не только не соответствуют стандартам оказания медицинской помощи, но в некоторых случаях являются смертельно опасными для пациентов с зависимостью от ПАВ. Так же стоит обратить внимание на нехватку специалистов участвующих в реабилитационных мероприятиях.

Анализируя факторы по данным отечественных и зарубежных исследований, можно сделать выводы, что на формирование стойких и длительных ремиссий у пациентов наркологического профиля оказывают влияние разнообразные факторы, такие как биологические, личностные, социальные, терапевтические. Такое многообразие влияния факторов на формирование длительных ремиссий для каждого пациента нужно

рассматривать комплексно. Исходя из этого, подход к составлению лечебных и реабилитационных программ должен быть индивидуальным и дифференцированным к каждому наркологическому пациенту, это позволит повысить эффективность проводимой терапии с формированием длительных ремиссии. Обращает на себя внимание, что исследователи практически не касаются организационной группы факторов, влияющей на формирование ремиссии. Организационные факторы включают в себя весь процесс организации оказания наркологической помощи, движения пациента, этапность и преемственность стационарной и амбулаторной помощи. Эти факторы полностью зависят от деятельности наркологической службы. Учитывая плавающую мотивацию наркологических больных, низкую приверженность наркологической помощи вследствие специфических нарушений в мотивационной сфере, организационный фактор также важен. Проводя анализ статистики прохождения медицинской реабилитации, можно сделать выводы, что преемственность стационарной и амбулаторной помощи пациентам не всегда соблюдается при прохождении медицинской реабилитации, что в свою очередь приводит в большинстве случаев к срывам и рецидивам.

Литература / References

1. Агибалова, Т. В., Любченко, Д. А., Недобыльский, О. В., Борисенко, Л.Н., Ермакова Г. А., Родина И. П. Анализ отдаленных результатов амбулаторной программы медицинской реабилитации с применением пролонгированного инъекционного налтрексона для больных алкогольной зависимостью в Краснодарском крае // Наркология. 2017. -№ 5. - С.37–48.

2. Агибалова, Т.В., Недобыльский, О.В. Анализ эффективности амбулаторных программ медико-социальной реабилитации для больных алкогольной зависимостью, получавших пролонгированный инъекционный налтрексон//Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием: «Междисциплинарный подход в понимании и лечении психических расстройств: миф или реальность?» (14–17 мая 2014 г.) – СПб., 2014. – С.523.

3. Агибалова,Т.В. Аффективные расстройства при алкогольной, опиатной и игровой зависимости (клиника и терапия). Диссер. раб. на соискание ученой степени д.м.н. Москва 2007г.

4. Брюн, Е.А., Москвичев, В.Г., Духанина, И.В. Реабилитационно-профилактические технологии наркологической помощи. Здравоохранение Российской Федерации, 2007.- № 4.- С.16-19.

5. Брюн Е.А., Савченко, Л.М., Соборникова, Е.А. Опыт реабилитационной работы в системе помощи лицам, злоупотребляющим психоактивными веществами. Российский медицинский журнал.- 2013.- № 4.- С.45-49.
6. Брюн, Е.А., Аршинова, В.В., Гусева. О.И., Кошкина, Е.А., Сокольчик,Е.И., Валькова, У.В. «Факторы, влияющие на длительность ремиссии у больных наркологического профиля, по результатам контент-анализа научных работ за период 2002-2011 годов. – Наркология.- 2017.- №11.- С. 41-62.
7. Букреева, Н.Д. Организационные и экономические аспекты реабилитации больных наркоманией // Проф. и реабилит. в наркол. -2002. -№1. - С.87–90.
8. Белокрылов, И.В., Кравченко, С.Л. Алкоголизм и личность // Алкоголизм: Руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агентство, 2011.- С.268–287
9. Гофман А.Г. Ремиссии у больных алкоголизмом // Вопросы наркологии – 2013. – № 4. – С.110–111.
10. Дудко, Т.Н. Проблемы реабилитации наркологических больных и система взаимодействия государственных наркологических учреждений с конфессиональными реабилитационными центрами/ Т.Н. Дудко // Наркология. - 2012. - №4. - С.70-75.
11. Дудко, Т.Н. Пути повышения эффективности лечебно-реабилитационных программ Организация медико-социальной реабилитации наркологических больных в России на современном этапе: материалы науч.-практ. конф. М., 2013. - URL: (дата обращени 20.06.2020).
12. Ерышев, О.Ф., Рыбакова, Т.Г., Шабанов, П.Д. Алкогольная зависимость: формирование, течение, противорецидивная терапия. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2002. – 192с.
13. Ерышев, О.Ф., Дубинина, Л.А., Иовлев, Б.В., Рыбакова, Т.Г., Вукс, А.Я., Ерошин С.П. Прогнозирование длительности ремиссии при восстановительном лечении больных алкогольной зависимостью на этапе становления ремиссии: метод. рекомендации. – СПб.: С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В. М. Бехтерева, 2006. – 20с.
14. Игонин, А.Л. Современная концепция лечения больных алкоголизмом и наркоманиями // Вопросы наркологии. – 1991. – № 3. – С.13–16.
15. Киржанова. В.В., Григорова, Н.И., Киржанов, В.Н., Сидорюк, О.В. Состояние и деятельность наркологической службы в Российской Федерации в 2017 году: Аналитический обзор. – М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2019. – 196 с.

16. Конищев А.С.»Клинические особенности ремиссий невротического уровня у больных алкоголизмом». Автореферат дисс.на соискание ученной степени к.м.н. -. Москва, 2011.
17. Конищев, А.С., Шамов, С.А., Старкова, И.В. Клинические типы ремиссий хронического алкоголизма // Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии: Сб. науч. тр. конф. с междунар. участием. – СПб., 2011. – С.86–87.
18. Кузнецов, В.Н. «Гендерные особенности алкоголизма в Томской области (клинические и терапевтические аспекты)». Автореферат дисс.на соискание ученной степени к.м.н.- Москва, 2010.
19. Минько, А.И., Линский, И.В., Бараненко, А.В., Шалашов, В.В. Показатель качества жизни и поддерживающая терапия больных с алкогольной зависимостью // Журнал психиатрии и медицинской психологии.- 2004 (4).- С. 169-175.
20. Мищенко, Л.В. «Алкогольная зависимость, сформировавшаяся на фоне расстройств личности (клинико-терапевтические аспекты)». Автореферат дисс.на соискание ученной степени к.м.н. –Москва, 2005.
21. Агибалова, Т.В., Петросян, Т.Р. Синдром патологического влечения к алкоголю при сочетании алкогольной зависимости и ПТСР// В книге: Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии. Материалы Российской конференции и Пленума Правления Российского общества психиатров с участием главных психиатров и наркологов, руководителей психиатрических и наркологических учреждений. Ответственный редактор В.Н. Краснов. – М., 2007.- С.259-260.
22. Савельев, Д.В. «Особенности основных клинических проявлений алкоголизма в различных временных периодах». Автореферат дисс.на соискание ученной степени к.м.н. – Москва, 2009.
23. Соловова, Н.А. «Динамика личностных особенностей наркозависимых в процессе реабилитации». Автореферат дисс.на соискание ученной степени к.м.н.- Москва, 2009. -28с.
24. Худяков, А.В. Клинико-социальный анализ формирования и профилактик зависимости от психоактивных веществ у несовершеннолетних. Автореф. дисс.на соискание ученой степени д.м.н.- Москва, 2003.
25. Цветкова, Т.Н. «Психологические механизмы духовно ориентированной психотерапии и ее эффективность в системе кризисно-реабилитационной помощи при алкогольной зависимости. Автореф. дисс.на соискание ученой степени к.п.н.- СПб., 2009.

26. Цыганков, Д.Б. «Клинико-психологические особенности больных с паническими расстройствами в структуре алкогольной болезни и дифференцированные стратегии их терапии». Автореферат диссертации на соискание ученной степени д.м.н. – Москва, 2009.
27. Шакуров, Ф.З. «Оценка эффективности комплексного лечения алкоголизма в условиях анонимной амбулаторной медицинской помощи». Автореферат дисс.кандидата медицинских наук, Томск, 2010. - 28 с.
28. Boschloo L, Vogelzangs N, van den Brink W, Smit JH, Beekman AT, Penninx BW. Predictors of the 2-year recurrence and persistence of alcohol dependence. Addiction, 107 (9), 1639-1640. 2012
29. Dawson D.A., Goldstein R.B., Grant B.F. (2007). Rates and correlates of relapse among individuals in remission from DSM-IV alcohol dependence: a 3-year follow-up. Alcohol Clin Exp Res, 31 (12), 2036-2045.
30. Dawson D.A., Goldstein R.B., Ruan W.J., Grant B.F. (2012). Correlates of recovery from alcohol dependence: a prospective study over a 3-year follow-up interval. Alcohol Clin Exp Res, 36 (7), 1268-1277.
31. Dutra L., Stathopoulou G., Basden S.L., Leyro T.M., Powers M.B., Otto M.W. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. // American Journal of Psychiatry. – 2008. – No 165. – P. 179–187. – URL: http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.
32. Gilder D.A., Lau P., Corey L., Ehlers C.L. (2008). Factors associated with remission from alcohol dependence in an American Indian community group. Am J Psychiatry, 165 (9), 1172-1178.
33. Han S.Y., Cho M.J., Won S., Hong J.P., Bae J.N., Cho S.J., Park J.I., Lee J.Y., Jeon H.J., Chang S.M. (2015). Sociodemographic factors and comorbidities associated with remission fromalcohol dependence: Results from a nationwide general population Survey in Korea. Psychiatry.
34. Italy country overview / European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. URL: http://www.emcdda.europa.eu/countries/italy (accessed 06.09.2016).
35. Keane M. Social reintegration as a response to drug use in Ireland. Overview 5. Health Research Board. Dublin, 2007. URL: http://www.hrb.ie/uploads/tx_hrbpublications/sr_ Overview5.pdf (accessed 31.01.2016).
36. Kalaydjian A., Swendsen J., Chiu W. T., Dierker L., Degenhardt L., Glantz M., Merikangas K. R., Sampson N., Kessler R. Sociodemographic predictors of transitions across stages of alcohol use, disorders, and remission in the National

comorbidity survey replication. compr. // Psychiatry. – 2009. – V. 50. № 4. – P. 299–306.
37. Polak K. (2001). The evaluation of the quality of life among professional soldiers with diagnosed alcohol addiction syndrome. Psychiatr Pol, 35 (6), 1057-1070.
38. Trim R.S., Schuckit M.A., Smith T.L., (2013). Predictors of initial and sustained remission from alcohol use disorders: findings from the 30-year follow-up of the San Diego Prospective Study. Alcohol Clin Exp Res, 37 (8), 1424-1431.
39. Vanderplasschen W., Vandevelde S., Broekaert E. Therapeutic communities for treating addictions in Europe: evidence, current practices and future challenges. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 2014.-URL: http://www.emcdda.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНЫМИ ДЕПРЕССИЯМИ

С.Н. Нурходжаев
Ташкентский Педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Аннотация. В статье рассматриваются результаты исследования, личностных особенностей пациентов с терапевтически резистентными депрессиями. Пациенты с коморбидностью депрессивных и личностных расстройств имеют более высокий удельный вес депрессивно-дисфорический синдром в структуре текущего депрессивного эпизода и большую степень тяжести текущего депрессивного эпизода.

Ключевые слова: депрессии, аффективные нарушения, расстройства личности.

PERSONALITY DISORDERS IN PATIENTS WITH TREATMENT RESISTANT DEPRESSIONS

S.N. Nurkhodjaev
Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Abstract. The article presents the results of the study of the personal structure of patients with therapeutically resistant depression showed that the observed pathological phenomena are violations in the structures of temperament and personality. Patients with personality disorders with therapeutically resistant depressions have a high proportion of depressive-dysphoric syndrome, the severity and duration of the current depressive episode.

Key words: depression, affective disorders, personality disorders

Актуальность изучения депрессивных нарушений вызвана с их высокой распространенностью и низким качеством диагностики, неблагоприятным влиянием на развитие, течение и прогноз многих соматических заболеваний, на показатели трудоспособности и качества жизни пациентов, высоким социально-экономическим бременем депрессий. Особую значимость приобретает данное исследование в силу сложившихся обстоятельств с пандемией COVID-19, вызывающим обострение депрессивной симптоматики, способствующим ухудшению самочувствия и психоэмоционального состояния различных возрастных и социальных групп населения. Проблема лекарственной резистентности депрессивной патологии определяется частотой резистентных состояний в практике лечения психической патологии. Фактически каждый третий пациент в перспективе становится резистентным к лечению [1, С.103]. В рамках борьбы с резистентными состояниями основная роль принадлежит профилактическому направлению, связанному с адекватным и рациональным применением фармакотерапевтического пособия на основе знаний фармакодинамики и фармакокинетики препаратов-представителей базовой терапии [2, С.46]. Вопрос поиска противорезистентной терапии при невозможности достигнуть ремиссии в случаях применения монотерапии антидепрессантами у пациентов с депрессивным расстройством широко обсуждается в научной литературе [3, С.128]. Согласно исследованиям российских психиатров, в последние годы определяется выявляемость терапевтической резистентности у категории пациентов с коморбидными личностными и депрессивными расстройствами [5, С.308]. В настоящее время существует несколько направлений в оценке взаимосвязи личностных особенностей и формирования депрессивной патологии [8, С.39,]. Зарубежные исследователи отводят решающую роль конституционально-генетическим характеристикам, рассматривая их как определяющие дальнейшее течение и проявления заболевания, отмечают патопластическое влияние преморбида на клиническую картину депрессии и выделяют определенные личностные черты, как предикторы развития депрессии [6, С.67]. В большинстве современных источников личностные расстройства входят в число симптомов, усложняющих картину терапевтически резистентных депрессий и требующих психотерапевтической и психологической коррекции в рамках терапии периодов обострения текущего депрессивного эпизода [4, С.9].

Цель исследования: изучить клинико-динамические особенности терапевтически резистентных депрессий, коморбидных с расстройствами

личности для осуществления комплексной лечебно-реабилитационной помощи и оптимизации психотерапевтического подхода.

Материалы и методы исследования: обследовано 128 пациентов в возрасте от 17 до 55 лет, находившиеся на стационарном лечении с терапевтически резистентными депрессиями в Республиканской городской психиатрической клинической больнице. Критерием для отбора пациентов было наличие на момент госпитализации депрессивной симптоматики и личностных расстройств, отвечающим диагностическим критериям Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10), а также регистрируемая в течение трёх недель госпитализации фармакорезистентность к назначаемым психотропным препаратам. Ведущими методами исследования являлись клинико-психопатологический и клинико-катамнестический. В ходе исследования использовали Стандартизированный многофакторный метод исследования личности – СМИЛ (MMPI) [Собчик Л.Н., 2002], шкалы SIGH-SAD [WilliamsJ., LinkM., RosenthaN.E. etal., 1992], опросник структуры личности и темперамента TCI-125 [CloningerC.1991

Результаты и обсуждения: в ходе исследования нами проведен сравнительный анализ клинико-динамических особенностей терапевтически резистентных депрессий, коморбидных с расстройствами личности при помощи сокращенного варианта шкалы SIGH-SAD [WilliamsJ., LinkM., RosenthaN.E 1992], которая состоит из 17 пунктов шкалы депрессии Гамильтона и 7 пунктов, относящимся к атипичным депрессивным симптомам, как социальная изоляция, увеличение веса, повышение аппетита, гиперфагия, тяга к углеводам, гиперсомния, утомляемость. С целью выявления личностных расстройств использовали Стандартизированный многофакторный метод исследования личности – СМИЛ (MMPI) [Собчик Л.Н., 2002]. Окончательный диагноз верифицировался после комплексного обследования узкими специалистами и лабораторно-инструментальными исследованиями на высоте редукции депрессивного состояния. Психометрическое обследование пациентов путем применения опросника структуры личности и темперамента TCI-125 [Cloninger C.Et al., 1991] использовано для более детального исследования личностной патологии депрессивных больных.

При использовании адаптированного личностного опросника в основной группе были установлены диагнозы расстройств личности в 82,2% (n=23) случаев - смешанное расстройство личности (F61.0), в 7,1% (n=2) случаев – пограничное расстройство личности (F60.31), в 10,7% (n=3) случаев – истерическое расстройство личности (F60.4). Гендерные различия по коморбидности в основной группе распределились следующим образом: у 18

женщин (64,3%) и 10 мужчин (35,7%) и имели статистические различия по полу ($p<0,05$).

Сравнительный анализ частоты встречаемости личностной патологии среди обеих групп выявил, что основная группа представлена в большем количестве лицами с эпилептоидно-возбудимыми чертами характера личности (40% против 8,3% в группе сравнения), а группа сравнения была представлена преобладанием истероидных черт в 55% случаев ($p<0,001$). Детальное изучение индивидуально-психологических особенностей пациентов исследуемых групп с помощью СМИЛ (MMPI) определило, что усредненный профиль основной группы характеризовался наиболее выраженными повышениями на шкалах депрессии (шкала 2) - 73,3±11,4 Т, аутизма (шкала 8) - 77,1±15,3 Т, ригидности аффекта (шкала 6) - 69,8±16,9 Т, психопатии (шкала 4) - 66,8±12,9 ($p<0,05$). В усредненном профиле MMPI группы сравнения отмечались пики на следующих шкалах: депрессии(шкала 2) - 69,7±12,4 Т, тревоги (шкала 7) - 68,3±10,7 Т, аутизма (шкала 8) 67,4±13,8 Т ($p<0,05$), которые характеризуют повышенную эмоциональную напряженность обследуемых больных с аффективной патологией. Суммируя вышеизложенное, нами сделан вывод, что в целом усредненный личностный профиль пациентов основной группы был выше нормативного разброса и варьировал в диапазоне от 55 Т до 78 Т баллов, который определяет наличие нервно-психической дезадаптации. Усредненный личностный профиль пациентов из группы сравнения не выходил за пределы нормативного разброса (от 50 Т до 70 Т баллов).

При сравнении клинических проявлений депрессий в обеих группах были получены следующие результаты: в основной группе средний общий балл по шкале SIGH-SAD (с учетом типичных и атипичных депрессивных симптомов) при поступлении составил 30,6±8,1 балла, в группе сравнения – 24,7±8,5 балла ($p<0,01$), и это свидетельствует о более тяжелом течении депрессивной патологи глубине степени тяжести депрессии у пациентов основной группы.

Сравнительный анализ по преобладанию синдромальной структуры депрессивных расстройств определил, что в основной группе пациентов ведущим являлся депрессивно-дисфорический синдром – 71,4% (n=20), что является статистически значимым по сравнению с аналогичным показателем в группе сравнения – 20,0% (n=4,$p<0,05$). В группе сравнения (40,0%, n=8, $p<0,05$) преобладал депрессивный синдром с соматовегетативными нарушениями. Депрессивно-дисфорический синдром достоверно чаще встречался у лиц женского пола в основной группе и группе сравнения ($p<0,05$), что объясняется преобладанием женщин в клинической выборке.

Аналитический разбор статистических данных относительно лиц среднего возраста к началу депрессивных нарушений в исследуемых группах, обнаружил межгрупповые различия($p<0,001$), свидетельствующие о появлении депрессивных нарушений у обследуемых основной группы в более молодом возрасте(32,9±8,9 года), чем в группе сравнения (40,5±9,8 года). Сравнительный анализ клинико-динамических показателей продолжительности депрессивного эпизода свидетельствует о том, что в основной группе эпизоды депрессии были более длительными, чем в группе сравнения (соответственно 5,7±2,8 и 3,9±2,6 месяца, $p<0,05$). При этом среднее количество аффективных эпизодов в основной группе составило 4,2±1,4, а в группе сравнения – 2,9±1,9 ($p<0,01$). Коморбидное личностное расстройство оказывает значительное влияние на клинико-психопатологические особенности текущего депрессивного состояния пациентов. Пациенты с коморбидностью депрессивных и личностных расстройств в сравнении с пациентами без коморбидного личностного расстройства имеют более высокий удельный вес эпилептоидно-возбудимых черт личности в преморбиде (40,0% и 8,3%, $p<0,001$), выраженный депрессивно-дисфорический синдром в структуре текущего депрессивного эпизода (71,4% и 20,0%, $p<0,05$), большую степень тяжести текущего депрессивного эпизода.

Выводы. Установленные особенности клинической картины терапевтически резистентных депрессий дают возможности определить степень тяжести депрессии, полиморфизм клиники, являются фактором предупреждения неблагоприятного прогноза заболевания, позволяют оптимизировать комплексность психофармакотерапии и более дифференцированно осуществлять психотерапевтический подход в выборе методов психокоррекционного воздействия с учётом личностных особенностей пациентов. Результаты исследования могут оказать существенную помощь психиатрам, медицинским психологам и психотерапевтам в ранней верификации терапевтически резистентных депрессий, коморбидных с расстройствами личности, позволяют разрабатывать дифференцированные индивидуальные программы медико-психологической помощи больным и реализовывать их на психобразовательном, психокоррекционном, психотерапетвическом и психореабилитационном этапах психологической помощи.

Литература / References

1. Бомов, П.О. Депрессивные расстройства: клиника, диагностика и терапия //Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 160-летию со дня рождения

Владимира Михайловича Бехтерева и 110-летию Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева.- СПб.: Альта Астра, 2017. -103 с.
2. Винокур, В.А. Депрессия как проблема общей врачебной практики //Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике, Санкт-Петербург, декабрь, 2015 г.– Вып. XV. / Под ред. В.И. Мазурова.- СПб: «Альта Астра», 2015. - 46 с.
3. Мазо, Г.Э. Терапия депрессии: кризис или новые возможности // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 160-летию со дня рождения Владимира Михайловича Бехтерева и 110-летию Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. - СПб.: Альта Астра, 2017. - 128 с.
4. Нурходжаев, С.Н. Клинико-динамические аспекты аффективных и личностных расстройств у женщин с фармакорезистетными депрессиями // Омский психиатрический журнал 4(14), 2017. - С.9-11.
5. Ротштейн, В. Г., Богдан, М. Н., Долгов, С. А. Депрессии и коморбидные расстройства / под редакцией А Б. Смулевича. - М., 1997. -308 с.
6. Abdullaeva, V.K.,Nurkhodjaev S.N. Optimization of Therapy of Treatment Resistant Depressions in patients taking into account Personal Characterestics. Jornal of Research in health science, 67-72,2019
7. Babarakhimova, S.B., Shakhanskaya O.V., Iskandarova J.M. Personal characteristics of women with depressive disorders and their impact on the quality of life. Collections of the 2013 SIC sociosphere conference.
8. Shohaidarova, R.Yu, Babarakhimova S.B. Experience in the application of cognitive-behavioral treatment of depression in women. Materials of the all-Russian conference with international participation «actual problems of cognitive behavioral therapy». Moscow, April 2016.-39 p.

ПРОБЛЕМЫ ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ У НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Т.Р. Петросян, Т.В. Агибалова, А.П. Антоненко

Департамент здравоохранения города Москвы государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московский научно-практический центр наркологии Россия, г. Москва

Аннотация. В данной статье представлен анализ приверженности к лечению пациентов с зависимостью от психоактивных веществ с ВИЧ-инфекцией. Проведён анализ публикаций по результатам исследований за последние пятнадцать лет. Также проанализированы результаты собственного применения пролонгированной инъекционной формы налтрексона гидрохлорида в противорецидивном лечении 148 пациентов с синдромом зависимости от психоактивных веществ при сопутствующей ВИЧ-инфекции. Сделан вывод, что эффективность лечения ВИЧ-инфицированных больных с синдромами зависимости от психоактивных веществ ниже, чем в исследованиях, проведенных на выборках наркологических больных без ВИЧ-инфекции. Необходимо изменить подход к лечению такой сложной категории пациентов с привлечением специалистов различных областей медицины и представителей социальных служб и терапевтических сообществ.

Ключевые слова: синдром зависимости от психоактивных веществ, синдром зависимости от алкоголя, синдром зависимости от опиоидов, ВИЧ-инфекция, приверженность, комплаенС.

BARRIERS TO INCREASE ADHERENCE TO TREATMENT AMONG PEOPLE WITH PSYCHOACTIVE SUBSTANCE ABUSE AND HIV INFECTION

T.R. Petrosyan[1], T.V. Agibalova[1], A.P. Antonenko[1]

1. *Moscow Research and Practical Centre on Addictions of the Moscow Department of Healthcare*

Abstract. This abstract presents the results of treatment adherence of patients with psychoactive substance use and HIV infection. We conducted literature review for the last 25 years as well as analyzed the use of long acting injectable naltrexone hydrochloride in relapse prevention of 148 patients with psychoactive substance use and HIV infection. Treatment efficacy among patients with psychoactive substance use and HIV infection is lower than among those without HIV infection. It necessitates to change the treatment approach for this difficult subset of patients involving specialists from different fields of the medicine, representatives of social services and therapeutic organizations.

Key words: psychoactive substance use disorder, alcohol use disorder, opioid use disorder, HIV infection, adherence, compliance.

Введение. Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ - (F 10-F 19 по МКБ-10), и болезнь,

вызванная вирусом иммунодефицита человека - ВИЧ-инфекция - (В 20 - В 24 по МКБ-10) из-за серьезного ущерба наносимого здоровью конкретного человека и угрозы социальному благополучию общества в целом, существенно возрастающих в результате сочетания этих патологий, официально признаны социально значимыми заболеваниями. Употребление любых психоактивных веществ (ПАВ) приводит к изменению состояния психики и к снижению контроля над поведением. Широкое распространение факторов поведенческого риска, коренящихся в самой природе болезней зависимости от психоактивных веществ, способствует активизации основных путей распространения ВИЧ-инфекции через кровь и половым путем, что в значительной степени обусловило взаимопроникающий характер эпидемий этих социально значимых заболеваний, подтвержденный результатами многочисленных исследований [14].

Актуальность проблемы приверженности к медицинской помощи у наркологических больных с ВИЧ-инфекцией обусловлена, во-первых, высоким распространением инъекционного употребления наркотиков среди населения, и тяжестью его медико-социальных последствий. Во-вторых, высокой эпидемиологической опасностью распространения ВИЧ-инфекции, т.к. они являются группой с высоким риском распространения ВИЧ-инфекции. И в-третьих, сочетание синдрома зависимости от ПАВ с ВИЧ-инфекцией оказывает сильную корреляцию с отсутствием положительной перспективы в лечении, что следовательно приводит к низкому уровню приверженности. Многие исследования по вопросу инъекционного потребления наркотиков были сфокусированы на описании отдельных сторон проблемы: клинических, гендерных, социальных, поведенческих, финансово-экономических и правовых. Среди факторов риска заражения ВИЧ особое значение придают совместному использованию инъекционного инструментария и сексуальным отношениям без использования средств предохранения (презервативов). Однако малоизученным остаётся вопрос приверженности к лечению у зависимых от наркотиков, которые уже являются ВИЧ инфицированными.

На протяжении последних десятилетий для России продолжают оставаться актуальными вопросы распространённости ВИЧ-инфекции и зависимости от наркотиков.

Целью данного исследования стал анализ публикаций о приверженности к лечению пациентов с зависимостью от психоактивных веществ с ВИЧ-инфекцией и анализ лечения наркологических больных с ВИЧ-инфекцией.

Методы. Собственное исследование проводилось на базе ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» в Клиническом филиале №1, в специализированном отделении для лечения ВИЧ-инфицированных пациентов в период с 2012 по 2017гг. В исследование были включены 148 пациентов мужчин, в возрасте от 23 до 53 лет (средний возраст 36,27±2,98 лет), прошедших полный курс стационарного лечения и давших информированное согласие на участие в исследовании. Критериями включения в исследование являлись: сформированный синдром зависимости от алкоголя, опиоидов или их сочетание. установленный диагноз ВИЧ-инфекции. Диагностика наркологических и сопутствующих заболеваний осуществлялась в соответствии с МКБ-10. Основными методами исследования стали клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, статистический. Критерии не включения в исследование: возраст старше 55 лет. наличие психического заболевания, туберкулеза, почечной и печеночной недостаточности, обострение хронического гепатита.

Все пациенты прошли полный курс стационарного лечения (14-28 суток) синдрома зависимости с последующим наблюдением в диспансере по месту жительства. Оценка ремиссии наркологического заболевания проводилась на основании динамического наблюдения и объективных сведений от родственников, а также включала ежемесячно биохимический анализ на АЛТ, АСТ, ГГТ, тест на определение фракции CDT, анализа мочи на наличие наркотиков.

Результаты исследования. Анализ публикаций по изучению комплаентности у пациентов с ВИЧ-инфекцией позволяет увидеть, что она заметно ниже у больных с коморбидной наркотической зависимостью [3]. Также широкомасштабное исследование, проведенное Национальным институтом психического здоровья США, показало, что у 72% людей с диагнозом «наркомания» встречается как минимум еще одно сопутствующее психиатрическое расстройство [15]. По данным исследования, проведенного учеными из Университета Джона Хопкинса в 1999 году [11], треть потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) с ВИЧ-инфекцией не получают антиретровирусную терапию (АРТ) при том, что по иммунологическим показателям остро в ней нуждаются. Более важным результатом указанной работы стало описание определенных закономерностей нарушений приема АРТ. Авторы доказали, что наиболее негативно влияют на комплаентность у ВИЧ-позитивных лиц молодой возраст, низкий образовательный уровень, употребление наркотиков, заключение и арест. Важно также, что в этом исследовании был установлен вклад в низкую приверженность АРТ

медицинских специалистов, менее охотно назначающих терапию именно ВИЧ-инфицированным ПИН (в связи с заведомым ожиданием низкой приверженности).

Обширный мета-обзор, проведенный для оценки приверженности АРТ среди ВИЧ-положительных потребителей наркотиков бразильскими учеными [13], включал в себя данные 48 исследований, опубликованных на английском, французском, испанском и португальском языках, вышедших в период 1996-2007 г.г. Суммарное число ВИЧ-положительных потребителей наркотиков, данные о которых имелись в исследованиях, превысило 11 тысяч человек. Использование комбинированной АРТ оказалось значительно выше среди тех, кто не употреблял наркотики, чем среди активных потребителей. Также значительно выше среди данной категории пациентов были лица, не соблюдающие врачебные предписания, что логично приводило к менее очевидному снижению показателей вирусной нагрузки. Приверженность АРТ и для этой выборки доказала свое приоритетное значение в качестве предиктора выживания для людей, инфицированных вирусом иммунодефицита человека. В других исследованиях нашли подтверждения факты повышенной летальности у пациентов с низкой приверженностью к АРТ, равно как и проявления быстрого прогрессирования ВИЧ-инфекции в этом случае, и/или отягощения течения последнего оппортунистическими заболеваниями [8].

Мы проанализировали результаты собственного исследования. Структура наркологической патологии исследованных больных оказалась представлена следующим образом: 75% – пациенты с синдромом зависимости от опиоидов, 12,8% – с алкогольной зависимостью и 12,2 % – с сочетанным употреблением опиоидов и алкоголя. Основной контингент наркологических больных с ВИЧ-инфекцией составили больные со стажем употребления ПАВ от 11 до 20 лет (75%). Более половине обследуемых – 80 пациентам (54%), была назначена антиретровирусная терапия (АРТ), но принимали ее только 59 человек (40%), оставшиеся 21 исследуемый (14%) хоть и имели назначенную терапию, но отказались по различным причинам. Так как нерегулярность (или отсутствие) приема АРТ, приводит к прогрессированию состояния иммунодефицита, среди пациентов, страдающих синдромом зависимости от ПАВ было больше всего больных с третьей (субклинической) стадией ВИЧ-инфекции – 74 (50,0%). Однако у 56 человек диагностирована четвертая стадия ВИЧ-инфекции, что составляет 37,9%. Среди больных с 4 стадией ВИЧ-инфекции преобладали пациенты с длительным стажем употребления ПАВ (от 15 лет и более). С увеличением стажа употребления ПАВ растет частота коморбидной инфекционной, соматической патологии, обусловленной ослаблением

гуморального иммунного ответа организма (пневмонии, кандидозы, герпетические вирусные заболевания). По окончании стационарного лечения пациенты получали первую инъекцию пролонгированного инъекционного налтрексона, последующие инъекции производились амбулаторно, в диспансере по месту жительства. По количеству полученных инъекций в амбулаторных условиях пациенты распределились следующим образом: вторую инъекцию пролонгированного инъекционного налтрексона получили 86 человек (58,1%), три инъекции было сделано 42 пациентам (28,4%). Таким образом, видимая низкая мотивация к своему выздоровлению, короткий по времени комплаенс обусловлен, с нашей точки зрения, личностными особенностями ВИЧ-инфицированных пациентов: снижением адаптационных функций организма и отсутствие «терапевтического оптимизма» в личностно значимой «картине заболевания». Также пациенты не получали специализированной психотерапевтической помощи, которую, в рамках разработанной программы, рекомендуется проводить при лечении пролонгированным инъекционным налтрексоном. Следует отметить, что в момент проведения анализа (примерно через 3 года после окончания исследования) 26 пациентов (17,6%) продолжали воздерживаться от употребления ПАВ. Из них 12 пациентов (8,1%) продолжали активно посещать врачей психиатров-наркологов по месту жительства, и получили инъекцию пролонгированного инъекционного налтрексона от 4 до 12 раз.

В ходе исследования были получены следующие катамнестические данные. Большинство – 82 пациента (55,4%) отказались от продолжения лечения после выписки из стационара. Среди возможных причин отказа от продолжения амбулаторного лечения у минимального количества пациентов – 6 человек (4%) было развитие субъективных и объективных неблагоприятных эффектов (снижение либидо, рост трансаминаз в биохимическом анализе крови, аллергическая реакция). Анализ анамнестических сведений показал, что 8 пациентов (5,4%) были отправлены в места лишения свободы, где они не получали пролонгированного инъекционного налтрексона. Летальный исход наступил у 9 больных (6,1%). Причинами смерти были: передозировка опиоидов– в 1 случае, менингит – в 1 случае, кардиомиопатия– в 3 случаях, завершенный суицид – в 1 случае, дорожно-транспортное происшествие – в 1 случае, причина неизвестна – в 2 случаях. О 17 (11,5%) пациентах, участвовавших в исследовании, сведений нет, так как ни с пациентами, ни с родственниками не удалось выйти на контакт.

Мы провели сравнение наших результатов с результатами других исследований, в которых пролонгированный инъекционный налтрексон

назначался наркологическим больным без сопутствующей ВИЧ-инфекции. Так, О.В. Недобыльский в своем исследовании рассматривает группы пациентов с алкогольной зависимостью, получавших амбулаторно пролонгированный инъекционный налтрексон, из шести регионов Российской Федерации [1]. В описанных Недобыльским О.В. группах завершили программу полностью 81,42% с алкогольной зависимостью, в нашем исследовании этот показатель составил 17,6% для всех пациентов, и с алкогольной и с наркотической зависимостью. В указанном исследовании не закончили программу 18,42% зависимых от алкоголя, а в нашем исследовании 55,4% ВИЧ-инфицированных отказались уже от второй инъекции. В сравниваем исследовании сохраняли свою трезвость на протяжении до года с момента вступления в программу 91,58% пациентов с зависимостью от алкоголя, в нашем случае этот показатель – 17,6%.

Е.М. Крупицким проводилось многоцентровое, плацебо-контролируемое исследование эффективности терапии пролонгированного инъекционного налтрексона у пациентов с опиоидной зависимостью без ВИЧ-инфекции [6]. Данные полученные в этом исследовании позволили установить, что медиана процента участников с отрицательным анализом мочи на наличие опиатов в группе пролонгированного инъекционного налтрексона составила 90%, что почти в 3 раза выше, чем в контрольной группе. Среди больных, получавших пролонгированный инъекционный налтрексон, значимо большая часть завершила программу лечения – 53%.

Обсуждение и выводы. По результатам обзора литературы проблемы нарушений приверженности к АРТ у ВИЧ-инфицированных пациентов с зависимостью от ПАВ следует указать, что на организацию и эффективность их терапии оказывает влияние прежде всего эффективность лечения зависимости от ПАВ. На сегодняшний день в России годичная полная ремиссия наблюдается в пределах 5–15% от числа больных, обратившихся за медицинской помощью [7].

На основании анализа собственного исследования можно сделать вывод, что эффективность лечения ВИЧ-инфицированных больных с синдромами зависимости от опиоидов и алкоголя пролонгированным инъекционным налтрексоном, ниже, чем в исследованиях, проведенных на выборках наркологических больных без ВИЧ-инфекции [6, 9]. ВИЧ-инфицированные пациенты с наркологической патологией – это тяжелая когорта пациентов, требующая особого комплексного подхода. У этих пациентов значительно тяжелее проявляются психопатологические расстройства и патологическое влечение к ПАВ. Осложнение синдрома зависимости от психоактивных

веществ инфицированием вирусом иммунодефицита человека влияет на течение, как самой зависимости, так и на присоединение коморбидной психической патологии. У ВИЧ-инфицированных лиц значительно чаще, чем у неинфицированных, острая интоксикация ПАВ носит атипичный характер [5]. Вместо характерных для этого состояния улучшения настроения и чувства отрешенности от неприятностей, у больных усиливаются подавленность, раздраженность, агрессивность, фиксация на неприятных мыслях. ВИЧ-инфицированные пациенты, зависимые от ПАВ, чаще других страдают соматизированными, обсессивно-компульсивными, тревожными и фобическими расстройствами, у них чаще диагностируются клинически значимые проявления депрессии. Так, данные современных исследований свидетельствуют, что распространенность депрессии у ВИЧ-инфицированных пациентов, даже при прохождении антиретровирусной терапии, достигает почти 60% [10]. Установлено, что пациенты, имеющие так называемый «тройной диагноз», то есть сочетание зависимости от ПАВ, психического расстройства и ВИЧ-инфекции, имеют в четыре раза более высокий риск летального исхода [12].

По данным нашего анализа, 55,4% пациентов отказываются от продолжения лечения уже после первой инъекции пролонгированного инъекционного налтрексона в стационарных условиях. Данной когорте пациентов необходимо специфическое сопровождение со стороны специалистов различных областей медицины, учитывая частую коморбидную инфекционную, соматическую патологию (пневмонии, кандидозы, герпетические вирусные заболевания), обусловленную ослаблением гуморального иммунного ответа организма вследствие нерегулярного приёма АРТ или вовсе его прекращение, что в свою очередь делает практически невозможным регулярные инъекции пролонгированного инъекционного налтрексона.

По-нашему мнению, следует организовать всесторонние амбулаторные периодические обследования и консультации пациентов по типу «службы одного окна». В этом случае пациент, придя в медицинское учреждение за очередным анализом, обследованием или инъекцией пролонгированного инъекционного налтрексона, будет иметь возможность общения с необходимыми специалистами и получить своевременную квалифицированную комплексную помощь. Таким образом можно будет обеспечить высокий охват АРТ и снизить эпидемиологическую опасность пациентов, требующих постоянного, иногда круглосуточного, патронажа. Эти функции в значительной мере могут осуществлять представители терапевтического сообщества и

социальных служб. Нам представляется, что именно такое междисциплинарное взаимодействие и комплексный подход обеспечит повышение мотивации и приверженности к лечению у данной категории больных.

Выводы. Таким образом, достижение удовлетворительных результатов при ведении ВИЧ-инфицированных пациентов с зависимостью от наркотиков очевидно сложная междисциплинарная задача.

Литература / References

1. Агибалова, Т.В., Недобыльский, О.В., Поплевченков, К.Н., Сиротко, И.И., Щербань, А.В., Царев, С.А. Промежуточный анализ результатов реализации программы лечения страдающих наркотической зависимостью пациентов пролонгированным инъекционным налтрексоном // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.- 2017. -117(6): 32-34.
2. Агибалова, Т.В., Бузик, О.Ж., Петросян Т.Р. Приверженность к лечению у ВИЧ-инфицированных больных наркоманией (предварительное исследование) // В сборнике: Антология российской психотерапии и психологии. - Сетевое научно-практическое издание. - 2017.- С.31.
3. Брюн, Е.А., Агибалова, Т.В., Петросян, Т.Р., Бузик, О.Ж. Приверженность к фармакотерапии у ВИЧ-инфицированных пациентов с коморбидной наркологической патологией. - Наркология. - 2019. - Т.18.- № 2.- С.102-109.
4. Игонин, А.Л., Шаклеин, К.Н. Злоупотребление психоактивными веществами и ВИЧ-инфекция: курс лекций. М.:РИО ФГУ «ГНЦ ССП им. В.П.Сербского», 2006. – 435 с.
5. Крупицкий, Е.М., Нунес, Е.В., Линг, У. Иллеперума А., Гастфренд А.Р., Блохина Е.А., Силверман Б.Л. Инъекционная форма налтрексона пролонгированного действия для лечения опиоидной зависимости: двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование. Журнал неврологии и психиатрии имени С.С.Корсакова 2012. (112): 3-11.
6. Киржанова, В.В., Григорова, Н.И., Киржанов, В.Н., Сидорюк, О.В. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2014-2015 годах // Статистический сборник НИИ наркологии, филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России, 2016. С.177.
7. Левина, О.С. Отношение ВИЧ-инфицированных людей к лечению. ВИЧ-инфекция и иммуносупрессия, 2011. 3(1): 64-71.
8. Тюрина, А.А. Эффективность применения имплантата налтрексона для стабилизации ремиссии у больных опийной наркоманией // Автореф. дисС.на соискание учёной степени к.м.н. СПб., 2013.

9. Bhatia M.S., Munjal S. Prevalence of Depression in People Living with HIV/AIDS Undergoing ART and Factors Associated with it. J ClinDiagnRes 2014. 8(10): 1-4.
10. Celentano D.D., Galaia N., Sethi A.K., Shah N.G., Strathdee S.A., Vlahov D., Gallantb J.E. Time to initiating highly active antiretroviral therapy among HIV-infected injection drug users. AIDS2001. 15(13): 1707-1715.
11. De Lorenze G.N., Satre D.D., Quesenberry C.P., Tsai A.L., Weisner C.M. Mortality after diagnosis of psychiatric disorders and co-occurring substance use disorders among HIV-infected patients. AIDS Pat Care STDS2010. 24(11):705-712.
12. Malta M., Strathdee S.A., Magnanini M.M., Bastos F. Adherence to antiretroviral therapy for human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome among drug users: a systematic review. Addiction2008. 103(8): 1242-1257.
13. Molitor F., Truax S.R., Ruiz J.D., Sun R.K. Association of methamphetamine use during sex with risky sexual behaviors and HIV infection among non-injection drug users. West J Med1998.(168): 93–97.
14. Reiger D.A., Farmer M.E., Rae D.S., et al: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Ares (ECA) Study.JAMA1990.(264): 2511–2518.

РОЛЬ РАННЕЙ ПРОФИЛАКТИКИ В РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КУРЕНИЯ ТАБАКА СРЕДИ УЧАЩИХСЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

О.И. Пискарева, А.А. Лопатин, О.С.Рубцова
ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер»,
Россия, г. Кемерово

Аннотация. В статье освещена проблема аддиктивного поведения подростков, в частности табакокурения, роль семьи в курении подростков, раскрыта специфика отношения учащихся образовательного учреждения к курению сигарет, информированность о последствиях табакокурения. Результаты проведенного исследования указывают на необходимость проведения мероприятий по профилактике табакокурения среди учащихся. Показано, что ранняя профилактика, вмешательство в распространенность потребления табака обеспечивает улучшение качества жизни будущего поколения.

Ключевые слова: курение, подростки, методы исследования.

ROLE OF EARLY PREVENTION IN PREVALENCE OF TOBACCO SMOKING AMONG STUDENTS OF PROFESSIONAL EDUCATIONAL INSTITUTIONS

O.I. Piskareva, A.A. Lopatin, O.S. Rubtsova
Kuzbass Clinical Narcological Dispensary, Russia, Kemerovo

Abstract. The article highlights the problem of addictive behavior of adolescents, in particular tobacco smoking, the role of the family in smoking adolescents, reveals the specifics of the attitude of students of an educational institution to smoking cigarettes, awareness of the consequences of tobacco smoking. The results of the study indicate the need for measures to prevent tobacco smoking among students. It has been shown that early prevention and intervention in the prevalence of tobacco consumption improve the quality of life of the future generation.

Key words: smoking, adolescents, research methods.

На настоящий момент в России продолжается активная государственная политика, направленная на сокращение потребления табака. Число потребителей табака в нашей стране одно из самых высоких в мире, курит треть всего населения. Причем, 80% курильщиков «заразились» вредной привычкой, будучи подростками. Борьба с курением в юношеском возрасте в России особенно актуальна, поскольку распространённость курения в этом возрасте достаточно высока – по данным ВОЗ среди подростков постоянно курят 30% юношей и 24,3% девушек [1, С.15-19]. Воздействие никотина на растущий организм является негативным, замедляет процессы роста, снижает иммунитет и вызывает множество серьезных заболеваний. Доказано, что за дымовой завесой стоят многочисленные болезни детей – бронхиальная астма, обструктивные заболевания легких, эмфизема, а в будущем – рак легкого и хроническая обструктивная болезнь легких [2, С.145-148].

Низкая самооценка, психологическая незрелость подростков, недостаточность знаний и навыков социально психологической адаптации часто становятся причинами для начала курения.

Эксперты ВОЗ выделяют следующие обстоятельства, способствующие началу и поддержанию курения подростков:

- наличие курящих в семье, курение друзей и сверстников.
- отсутствие определенных жизненных целей и низкая успеваемость.
- отношение к курению как проявлению независимости и даже мужества, вызову определенным нормам поведения.

- риск для здоровья, обусловленный курением, рассматривается подростком как отдаленная потенциальная опасность.

- социальная приемлемость курения в конкретном обществе.

Подростки отмечают также такие причины начала курения, как любопытство, пример друзей и взрослых, боязнь оказаться несовременным, отстать от сверстников [3, С.240].

Цель исследования – изучение распространенности курения табака среди учащихся профессионального образовательного учреждения г.Кемерово.

Материал и методы исследования.

Проведено анонимное анкетирование и сравнительный анализ анкет учащихся профессионального образовательного учреждения г.Кемерово, адаптированных к возрасту испытуемых и целям исследования.

Инструмент исследования – анонимная анкета, включающая вопросы о курении табака, а также ряд вопросов, посвященных образу жизни подростков, аспектам информированности о вреде табакокурения.

В анкетировании приняло участие 81 человек: 45 юношей, 36 девушек. По возрасту исследуемые распределились следующим образом: 16 лет – 12 чел. (14,8%), 17 лет – 35 чел. (43,2%), 18 лет – 18 чел. (22,2%), 19 лет – 14 чел. (29,7%), 20 лет – 2 чел. (2,4%). Курение считают популярным 47 чел (58%) подростков, причем различий между девушками и юношами выявлено не было. Основной возраст курения опрошенных подростков, приходится на средний подростковый период 12-16 лет и составляет 55,3%, и всего 4,2% относится к старшей возрастной подростковой группе.

Курение родителей имеет тесную взаимосвязь с попытками подростка начать курить. Подражание взрослым, в первую очередь близким людям, побуждает к началу курения в раннем возрасте. Отношение к табаку в семье входит в сознание ребенка, накладывает отпечаток на эмоционально-оценочное отношение к табакокурению и на поведение ребенка в будущем [4, С.26-30].

*В на*стоящем исследовании выявлено, что первые пробы курения опрошенных подростков состоялись в раннем возрасте до 10 лет и составили 17%, что возможно связано с примером родителей. В анкете подростки указали о курении родителей 48,1%, причем подверженность этой пагубной привычкой у матерей и отцов практически одинаково – 46,1% и 53,8% соответственно. Причем курение родителей не только побуждает к началу курения, но и оказывает влияние на закрепление привычки курения у подростков.

С увеличением возраста доля тех, кто считает важным фактором подражание взрослым, падает, зато растет доля тех, кто объясняет подростковое курение желанием снять стресс (23,4%).

Процесс курения для подростков является частью социального поведения, в некоторых случаях помогает преодолеть неловкость, смущение, служит даже развлечением [5, С.144]. Курение часто присутствует в ситуациях, характеризующихся бездействием, скукой, ожиданием, «помогая заполнять, убивать время».

Курение первой сигареты в 53,1% случаях происходит в компании сверстников. Желание соответствовать сверстникам и их стандартам считается основными причинами подросткового курения среди большинства подростков всех исследованных возрастов составляет 21,2%.

Среди опрошенных респондентов, курение сигарет носит периодический характер у 72,3% исследованных, а 10,6% подростков курят регулярно и много, более одной пачки сигарет в день. Это позволяет предположить наличие сформированной табачной зависимости, когда нерегулярное случайное курение закономерно переходит в привычное регулярное курение, а в последующем – в зависимое курение.

Специальные вопросы в анкете относились к оценке влияния курения на состояние здоровья. Почти все опрошенные подростки (69,1%), осознают вред, который курение наносит здоровью и информированы о последствиях курения, и только 23,4% подростков не осознают пагубных последствий табакокурения. Из опрошенных курящих подростков попытки отказа от курения озвучили 65,3%. среди них 10,8% опрошенных хотели бы отказаться от курения, но не в ближайшее время. А у 33,7% подростков мотивация на отказ от табакокурения отсутствовала, так как курение не доставляет им неудобств.

В связи с этим у значительной части курящих подростков имеется потребность в помощи для отказа от курения. Неудачные же попытки бросить курить самостоятельно могут быть связаны с наличием зависимости от табака, либо слабой мотивацией. Все это говорит о сложности решения проблемы снижения табакокурения среди подростков и важности программ, направленных на раннюю профилактику курения.

Целью программы профилактики курения табака является создание условий, которые предупреждают появление у подростков склонности к курению и снижают влечение к курению у курящих подростков и подростков из группы риска [6, С.24-28]. Профилактика табакокурения может быть эффективной в том случае, если подросток выступает как активно действующее лицо, а не пассивный объект. Важным является предоставление достоверной информации о влиянии курения на организм человека, обучение способности четко формулировать аргументы против курения и противостоять давлению сверстников. Участие в соответствующих мероприятиях позволяет подросткам

получить важный социальный опыт, обрести ценные качества в процессе практической деятельности и опыт общения со сверстниками и со взрослыми [7, С.42-45].

Таким образом, распространенность употребления табака в современной популяции подростков остается на высоком уровне. Возраст приобщения к курению приходится на средний подростковый возраст. Очевидно, что профилактические программы для подростков по формированию навыков ведения здорового образа жизни, ответственного отношения к здоровью должны начинаться в более ранних возрастных группах. Меры по усилению борьбы с курением будут достаточно эффективными лишь в том случае, если они будут дополнять систему антиникотинового воспитания, проводимую в первую очередь в семье родителями. Только длительная профилактическая работа, направленная против курения, может принести позитивные результаты, сыграть положительную роль в распространении здорового образа жизни населения и прежде всего молодежи.

Литература / References

1. Геппе, Н.А. Курение табака у детей и подростков: влияние на состояние здоровья и профилактика // Практическая пульмонология. – 2007.-№ 3.
2. Романникова, М.В. Профилактика табакокурения среди детей и подростков: педагогическая программа // Высшее образование в России. – 2009.- № 6.
3. Журавлёва, И.В. Здоровье подростков: социологический анализ. Москва. Институт социологии РАН. – 2002.
4. Сперанская, О.И., Смирнов, В.К., Богданов. К.А., Кутушев. А.Т. Перспективы реализации программы специализированной помощи по борьбе с курением в Российской Федерации // Российский психиатрический журнал.- 2013.- № 1.
5. Профилактика табакокурения среди детей и подростков: Руководство.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.
6. Марцевич, С.Ю., Лукина, Ю.В. Проблема табакокурения в России. Медикаментозная терапия никотиновой зависимости: новые и старые препараты с позиции доказательной медицины // Профилактическая медицина.- 2010. - Т. 13.- № 6.
7. Смирнов, В.К., Ермолова, О.И., Сперанская, О.И. Клинико-психопатологические аспекты проблемы табачной зависимости // Наркология. - 2004. - № 5.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОСТИМУЛЯТОРОВ С УЧЕТОМ ЛИЧНОСТНЫХ И ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

К.П. Поплевченков, Т.В. Агибалова, М.С. Застрожин, О.Ж. Бузик

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы», Россия, г. Москва

Аннотация. В статье представлены результаты исследования темперамента и характера 305 пациентов с зависимостью от психостимуляторов при помощи методики исследования темперамента и характера Р. Клонинджера (Temperament and Character Inventory, TCI-125). Так же представлены результаты генотипирования больных по маркеру – полиморфные варианты гена rs6265, кодирующего нейротрофический фактор головного мозга (BDNF). Выделены персонализированные клинико-генетические профили больных с зависимостью от психостимуляторов.

Ключевые слова: зависимость от психостимуляторов, особенности темперамента и характера, нейротрофический фактор, персонализированный подход, реабилитация.

PERSONALIZED APPROACH TO TREATMENT OF PATIENTS WITH ADDICTION OF PSYCHOSTIMULANTS TAKING INTO ACCOUNT PERSONAL AND GENETIC FACTORS

K. P. Publichenko, T. V. Agibalova, M. S. Sustain, O. J. Buzik

State budgetary healthcare institution «Moscow scientific and practical center of narcology of the Moscow city health Department», Russia, Moscow

Abstract. The article presents the results of a study of the temperament and character of 305 patients with addiction of psychostimulants using the method of studying the temperament and character of R. Cloninger (Temperament and Character Inventory, TCI-125). The results of genotyping of patients by marker – polymorphic variants of the rs6265 gene encoding brain neurotrophic factor (BDNF) are also presented. Personalized clinical and genetic profiles of patients with addiction of psychostimulants are highlighted.

Key words: addiction of psychostimulants, peculiarities of temperament and character, neurotrophic factor, personalized approach, rehabilitation.

Введение. Актуальность данного исследования продиктована высокими показателями, характеризующими зависимость от психостимуляторов в мире, России и в Москве в частности. За период с 2009 по 2019 годы, объем изъятого во всем мире кокаина вырос на 74% (1275 тонн), при этом рост производства за тот же период составил 50%. В 2017 году объем производства кокаина в мире достиг самого высокого уровня за всю историю наблюдений, составив, по оценкам, 1 976 тонн. Этот показатель вырос по сравнению с 2016г. на 25%. Количество изъятого кокаина в Европе увеличилось с 65 тонн в 2013г. до 141 тонны в 2017г.. В 2017г. было зафиксировано 18 млн. потребителей кокаина во всем мире. Увеличилось количество изъятого из незаконного оборота метамфетамина в 2017г. по сравнению с 2016г. на 16%. В 2017г. Россия заняла первое место по изъятию метамфетамина (1131кг.), опередив Францию, находящуюся на втором месте, в 10 раз. Россия вошла в десятку стран, где было изъято более 100 кг амфетамина (393 кг) [4]. По данным мониторинга Референс-центра, в Москве, выявляемость кокаина возросла с 0,5% в 2014 году до 0,8% в 2018 году. За последние 5 лет наблюдается рост потребления и выявления таких психостимуляторов как синтетические катиноны, доля которых в общем количестве положительных проб на ПАВ увеличилась в 10 раз, с 0,5% в 2014г. до 5,1% в 2018г [3, С.21-22].

В России и Москве, в последние годы отмечается снижение показателя общей заболеваемости наркоманией, однако меняется структура наркологических заболеваний. В 2018г. в структуре общей заболеваемости наркоманией, пациенты с зависимостью от психостимуляторов заняли третье ранговое место, а пациенты с сочетанной зависимостью от психостимуляторов и других ПАВ – второе. Показатель общей заболеваемости зависимостью от психостимуляторов по России увеличился с 11,4 на 100 тыс.нас. в 2017г. до 12,1 на 100 тыс.нас. в 2018г.. В Москве этот показатель не увеличился, но и не снизился по сравнению с 2017г. и составил 7,7 на 100 тыс.нас.. В 2017г. отмечен рост числа госпитализированных пациентов с зависимостью от психостимуляторов с 3,4 до 4,0 на 100 тыс.нас.[7, С.12-17].

В современных условиях, специфической патогенетической психофармакотерапии зависимости, вызванной приемом психостимуляторов не разработано [16, С.15-32]. Традиционно лечение зависимости от психостимуляторов состоит из нескольких этапов, оно комплексное, индивидуальное и длительное. Лечение проводится в стационарных условиях и в амбулаторном режиме согласно утвержденным стандартам оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» (Приказ МЗ РФ от 30 декабря 2015 года №1034 (зарегистрировано в Минюсте России 22.03.2016 г.

№41495). При этом уровень преждевременного отказа от начатого лечения нередко превышает 50% среди всех обратившихся с зависимостью от психостимуляторов.

Персонализированная медицина – новый подход не только к лечению больных, но и к диагностике и профилактике заболеваний [8, С.22-25. 9, С.12-17] на основе которого происходит развитие всей медицины и современной наркологии в частности. Одной из предпосылок развития данного направления медицины является развитие фармакогенетики (Приказ МЗ РФ от 24 апреля 2018г. №186 «Об утверждении Концепции предиктивной, превентивной и персонализированной медицины»**).** В основе новой концепции лежит индивидуальный прогноз развития заболевания и (или) выбор метода лечения при наступлении его. Методы диагностики, лечения и профилактики должны быть подобраны индивидуально каждому пациенту в зависимости от состояния его биомаркеров. В качестве одного из биомаркеров, определяющего выбор и эффективность психотерапевтического подхода к лечению больных с зависимостью от психостимуляторов может выступать нейротрофический фактор головного мозга (Brain Derived Neurotrophic Factor, BDNF). По данным ряда исследований, нейротрофический фактор головного мозга стимулирует рост и дифференцировку новых серотонинергических, дофаминергических и холинергических нейронов, рост аксонов и дендритов, образование новых синаптических связей, участвует в процессах долговременной памяти и способности к обучению и других процессах нейропластичности головного мозга. Сниженный уровень BDNF уменьшает пластичность нейронов, ухудшает состояние памяти и обучаемости, ведет к нарушениям когнитивных функций [5, с.3-5. 10, с.449-450]. Полиморфизм гена BDNF rs6265 влияет на активность нейротрофического фактора, который в свою очередь через процессы нейропластичности, может влиять на способность и скорость восприятия и усвоения новой информации пациентами, в том числе при психотерапевтическом воздействии, что в свою очередь может влиять на эффективность работы по программе медицинской реабилитации.

Цель исследования: изучение личностных и генетических особенностей пациентов с зависимостью от психостимуляторов и сочетанным употреблением других ПАВ.

Объект и методы исследования. Объект исследования: 305 пациентов с установленным диагнозом зависимости от психостимуляторов, определенным по критериям МКБ-10, соответствующих критериям включения в исследование и подписавших информированное согласие.

Методы: клинико-психопатологический, анамнестические сведения от больных и их родственников, данные катамнестического наблюдения, результаты генотипирования, статистический.

Методика исследования темперамента и характера Р. Клонинджера (Temperament and Character Inventory, TCI-125) [6, С.92].

Согласно психобиологической модели Р. Клонинджера, личность состоит из четырех характеристик темперамента и трех характеристик характера. Психобиологическая модель темперамента включает в себя автоматические реакции на чувственное познание окружающего мира и характеризуется следующими свойствами: «поиск новизны», «избегание вреда», «зависимость от вознаграждения», «настойчивость». Согласно некоторым исследованиям, каждая из характеристик темперамента связана с функционированием определенной нейромедиаторной системой головного мозга [12, С. 975-990] и полиморфизмом в определенных генах [13, С.313-317]. Так, исследователи связывают «поиск новизны» (ПН) с функционированием дофаминэргической системы. Эта черта связана с тенденцией поведения в ответ на новые стимулы, потенциальные награды или наказания, выражается в исследовании новых мест и ситуаций, быстрой потере самообладания, импульсивном принятии решений и избегании монотонности. Свойство «избегание вреда» (ИВ) связано с серотонинэргической системой и отражает тенденцию избегать или прекращать определенное поведение из-за интенсивной реакции на отрицательные стимулы. Выражается в страхе перед близкими, застенчивости, быстрой утомляемости, пессимистическом беспокойстве о будущих проблемах. Черта «зависимостьотвознаграждения» (ЗВ) связана с функционированием норадренергической системы и представляет собой тенденцию интенсивно реагировать на вознаграждение. Выражается в сентиментальности, социальной привязанности и зависимости от одобрения других людей. Свойство «настойчивость» (НА) отражает тенденцию к упорству, несмотря на усталость или разочарование и выражается в чрезмерных достижениях и перфекционизме.

В качестве основных свойств характера, отражающих признание себя, окружающих людей и мира в целом, выделяются «самонаправленность», «сотрудничество» и «трансцендентность я». «Самонаправленность» (СН) включает в себя самоопределение и способность формировать поведение согласно индивидуально выбранным целям и ценностям. Свойство «сотрудничество» (СТ) направлено на оценку индивидуальных различий и сходства с другими людьми и согласии с ними. «Трансцендентность Я» (ТЯ)

отражает духовность личности и характеризует представления об идентификации всех окружающих как частях единого целого [11, С.1-16].

Документация: истории болезни больных, индивидуальная карта и протокол исследования.

В исследование включались пациенты, проходящие стационарное лечение в клинике МНПЦ наркологии ДЗМ, с установленным диагнозом «психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кокаина» (F14.2 по МКБ-10), «психические и поведенческие расстройства вызванные употреблением других психостимуляторов» (F15.2 по МКБ-10), «психические и поведенческие расстройства, вызванные одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других ПАВ» (F 19.2 по МКБ-10, но при условии наличия зависимости от кокаина или других психостимуляторов), мужчины и женщины в возрасте от 18 до 50 лет, этнически русские. Все пациенты были проинформированы о научном исследовании и им было предложено подписать форму информированного согласия. Исследование одобрено Локальным Этическим Комитетом при ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» (заключение от 22.02.2018г.).

Критериями не включения в исследование являются:

1) психическое расстройство и/или эндогенная психическая патология (шизофрения, шизоаффективные психозы, биполярное расстройство, деменция, эпилепсия).

2) обострение неврологических, сердечно-сосудистых, почечных или печеночных болезней, открытая форма туберкулеза.

3) ВИЧ – инфекция.

Статистическая обработка результатов, полученных в результате исследования, осуществлялась при помощи параметрических и непараметрических методов с использованием программ STATISTICAV10.0 компании «StatSoftInc.» (США). Нормальность распределения выборок оценивалась с помощью W-критерия Шапиро-Уилка, на этой основе выбирался метод статистической обработки. Статистически значимыми были различия при $p<0,05$. При этом статистическая мощность была >80%. Доверительный интервал включал интервал значений, в пределах которого находился предполагаемый результат интересуемого параметра с вероятностью, равной 95%. При сравнении двух выборок количественных переменных применялся t-тест Стьюдента, а также его непараметрический аналог: U-тест Манна-Уитни. Сравнение количественных данных одновременно нескольких выборок выполнялось с помощью параметрического однофакторного дисперсионного анализа и его непараметрического аналога: анализа Краскела-Уоллиса. При

описании количественных данных, подчиняющихся закону нормального распределения, применяли среднее арифметическое и стандартное отклонение. Для данных, не подчиняющихся закону нормального распределения, применяли медиану и интерквартильный размах.

Результаты. Больше всего оказалось больных с зависимостью от психостимуляторов, не употребляющие другие ПАВ (1-я группа, 74 человека – 24,2%). Количество больных с зависимостью от психостимуляторов и со сформированной зависимостью от каннабиноидов составило 67 человек – 22%, 2-я группа. В 3-ю группу (44 человека – 14,4%) вошли больные с зависимостью от психостимуляторов и сформированной зависимостью от опиоидов (метадон, героин). В 4-й группе – 48 пациентов (15,7%) употребляющие психостимуляторы сочетано с алкоголем. Пятую группу составили 45 пациентов (14,7%) которые наряду с систематическим употреблением психостимуляторов употребляли несколько ПАВ и у них была сформирована зависимость от нескольких ПАВ сразу. В 6 группу было включено 27 пациентов, которые наряду с зависимостью от психостимуляторов имели сопутствующую коморбиднуюпсихиатрическую патологию.

При анализе денных, полученных в результате опроса пациентов, включенных в исследование, было установлено, что во всех группах по характеристикам темперамента преобладает количество баллов по шкале «поиск новизны» (таблица 1). Наибольшее значение по данной шкале наблюдается у больных 3 и 5 группы, употребляющих психостимуляторы с опиоидами и психостимуляторы с несколькими ПАВ (14,45±2,93 и 13,82±3,60 баллов соответственно).

Таблица 1.

Сравнение черт темперамента больных с зависимостью от психостимуляторов по шкалам опросника TCI – 125

	1 группа n=74	2 группа n=67	3 группа n=44	4 группа n=48	5 группа n=45	6 группа n=27	Достоверность различия (критерий Краскела-Уоллиса)
ПН	10,99±3,33	12,32±3,57	14,45± 2,93	12,83 ± 3,71	13,82 ± 3,60	12,68 ± 2,89	p<0,002
ИВ	8,73± 4,12	7,94±4,38	9,48± 3,43	9,64 ± 4,68	8,38 ± 3,26	7,96 ± 3,76	p<0,112
ЗВ	8,32± 2,60	8,09±2,96	8,20± 2,46	8,79 ± 2,80	7,59 ± 2,12	7,82 ± 2,34	p<0,442
НА	2,73±1,22	2,83±1,27	3,09±1,20	2,91 ±	2,49 ±	2,61 ± 1,13	p<0,226

				1,08	1,27		

При сравнении групп пациентов между собой по шкале «поиск новизны» при помощи критерия Манна – Уитни были получены достоверные различия между пациентами 1 и 3 группы ($p<0,001$), пациентами 1 и 5 группы ($p<0,009$). При использовании t-критерия Стьюдента были получены достоверные различия по шкале «поиск новизны» между пациентами 2 и 3 группы ($p<0,01$), 2 и 5 группы ($p<0,05$), 3 и 4 группы ($p<0,02$), 3 и 6 группы ($p<0,01$).

Согласно психобиологической модели Р. Клонинджера, определенные сочетания «высоких» и «низких» показателей по шкалам темперамента, соответствуют определенным расстройствам личности. Анализ результатов исследования показывает достоверное преобладание балловпо шкале «поиск новизны» у большинства обследованных больных по сравнению с шкалами «избегания вреда» и «зависимость от вознаграждения». Такие показатели по шкалам соответствуют антисоциальному расстройству личности (диссоциальное расстройство личности F60.2 по МКБ-10). И действительно, у большинства пациентов прослеживается сочетание выраженных черт эксплозивности и неустойчивости. Наибольшие показатели по шкале «поиск новизны» наблюдаются у больных 3 и 5 группы, где диссоциальное расстройство личности в качестве коморбидной патологии было выявлено у 93% и 75,5% обследованных пациентов соответственно. Данная черта темперамента проявляется у данных больных в виде поискового поведения, когда для достижения новых ощущений и эйфории или для смягчения негативных проявлений синдрома отмены (СО) происходит снижение контроля над своим поведением, часто агрессивным по отношению к окружающим.С этой целью пациенты употребляют психостимуляторы с другими ПАВ, особенно ярко это выражено у пациентов 5 группы, у которых выявлено одновременное употребление нескольких ПАВ. И наоборот, минимальные показатели по данной шкале наблюдаются у больных из 1 группы (10,99±3,33 балла), употребляющих только психостимуляторы, это подтверждает клинические данные о наименьшем количестве расстройств личности среди больных этой группы.

По шкале «избегание вреда» максимальное количество баллов наблюдается у пациентов 3 и 4 группы, употребляющих психостимуляторы с опиатами и психостимуляторы с алкоголем (9,48±3,43 и 9,64±4,68 баллов соответственно). При сравнении групп пациентов между собой по шкале «избегание вреда» при помощи t-критерия Стьюдента были выявлены достоверные различия у пациентов 2 и 3 группы ($p<0,04$) и 2 и 4 группы

($p<0,05$). При использовании критерия Манна – Уитни были выявлены достоверные различия по шкале «избегание вреда» между пациентами 3 и 6 группы ($p<0,03$). В целом, черта «избегание вреда» выражена слабо во всех группах. Это отражается в сниженной критике к заболеванию, к сниженной оценке общего вреда психическому и физическому состоянию вследствие употребления ПАВ. Пациенты употребляли ПАВ длительное время, несмотря на выраженные отрицательные последствия для здоровья.

Черта «зависимость от вознаграждения» имела незначительную выраженность среди пациентов всех групп, что говорит в целом об отсутствии стойкой привязанности большинства больных к социальному окружению, их низкой сентиментальности. Это дополнительно подчеркивает их антисоциальность. Максимальные показатели по шкале наблюдались среди больных 4 группы, употребляющих вместе с психостимуляторами алкоголь (8,79±2,80 баллов соответственно). Это, по-видимому, выражается у данных пациентов в наибольшей зависимости от одобрения со стороны окружения и является отражением заостренных истероидных черт. При сравнении групп пациентов между собой по шкале «зависимость от вознаграждения» при помощи t-критерия Стьюдента достоверные различия были выявлены только у пациентов 4 и 5 группы ($p<0,03$).

По шкале «настойчивость» максимальное количество баллов наблюдалось у больных 3 и 4 группы, употребляющих психостимуляторы с опиатами и психостимуляторы с алкоголем (3,09±1,20 и 2,91±1,08 баллов соответственно). При межгрупповом сравнении по шкале «настойчивость» при помощи критерия Манна – Уитни достоверные различия были выявлены у больных 3 и 5 группы ($p<0,03$). Во всех группах отмечаются наиболее низкие показатели по данной шкале. Это говорит о низкой целеустремленности обследованных пациентов, низкой работоспособности, деятельность, требующая упорства, эмоционального и физического напряжения не под силу данной категории больных. Единственное поведение, отражающее высокую целеустремленность у обследованных больных – это поведение, направленное на получение удовольствия от употребления ПАВ.

При исследовании характера при помощи опросника TCI-125, по шкале «самонаправленность» наибольшие показатели наблюдались у больных 4 группы (таблица №2), употребляющих психостимуляторы с алкоголем (14,34±5,25баллов соответственно).

Таблица 2.

Сравнение черт характера больных с зависимостью от психостимуляторов по шкалам опросника TCI – 125

	1 группа n=74	2 группа n=67	3 группа n=44	4 группа n=48	5 группа n=45	6 группа n=27	Достоверность различия (критерий Краскела-Уоллиса)
СН	12,26±4,82	12,65±4,84	13,57±5,86	14,34±5,25	12,41±5,39	13,43±4,29	p<0,214
СТ	16,67±3,24	16,52±3,93	14,43±4,02	15,13±4,05	15,05±3,82	15,43±3,13	p<0,05
ТЯ	8,01±3,51	8,48±3,54	8,52±2,61	7,34±3,36	7,23±3,25	10,00±3,88	p<0,02

По-видимому, высокие показатели по данной шкале отражаютхорошую адаптацию в профессиональной сфере. В 4 группе было больше всего работающих пациентов, причем имеющих хороший уровень дохода, занимавшихся индивидуальной предпринимательской деятельностью, требующей умения ставить и достигать высокие цели. Также высокое самоопределение таких пациентов определило не только употребление наркотиков, но и повлияло на выбор режима терапии. В данной группе было наибольшее количество пациентов, которые предпочли прохождение курса реабилитации в амбулаторном режиме. Достоверные различия между группами пациентов по шкале «самонаправленность» наблюдались при использовании критерия Манна – Уитни у пациентов 1 и 4 группы (p<0,02), 2 и 4 группы (p<0,05).

По шкале «сотрудничество» максимальные показатели наблюдались у пациентов 1 и 2 группы, употребляющих только психостимуляторы и психостимуляторы с каннабиноидами (16,67±3,24 и 16,52±3,93 баллов соответственно). Достоверные различия по данной шкале между группами при использовании критерия Манна – Уитни были обнаружены у пациентов 1 и 3 группы (p<0,001), 2 и 3 группы (p<0,005). При использовании t-критерия Стьюдента были выявлены достоверные различия между пациентами 1 и 4 группы (p<0,03), 1 и 5 группы (p<0,03).

Высокие показатели по шкале «сотрудничество» у пациентов 1 и 2 группы отражают принятие ими проблем, связанных с употреблением наркотиков, характерных не только для них, но и для других пациентов.

Пациенты из этих групп быстрее осознавали необходимость длительного, поэтапного лечения в условиях стационарной реабилитации. И действительно, в данных группах было наибольшее количество больных, прошедших стационарную реабилитацию (до 71%), а также больше всего пациентов, достигших ремиссий от 6 до 12 месяцев (до 81%).

По шкале «трансцендентность Я» наибольшие показатели наблюдались у пациентов 6 группы, которые помимо зависимости от психостимуляторов имели сопутствующую коморбидную (психиатрическую) патологию (10,00±3,88 баллов).При использовании критерия Манна – Уитни были обнаружены достоверные различия по шкале «трансцендентность я» у пациентов 1 и 6 группы ($p<0,02$). При использовании t-критерия Стьюдента были выявлены достоверные различия между пациентами 3 и 5 группы ($p<0,05$), 4 и 6 группы ($p<0,004$), 5 и 6 группы ($p<0,003$).

Наибольшее количество баллов по шкале «трансцендентность я» среди пациентов 6 группы говорит о высокой духовной составляющей их личности, о поиске данными пациентами чего-то возвышенного и восприятии себя как части всего мира. Высокие показатели по данной шкале, по мнению ряда авторов, указывают на психическую патологию, связанную с расстройством личности, параноидальным типом мышления, расстройствами настроения и суицидальным поведением [15, с.1013-1027]. Эти данные подтверждаются у обследованных пациентов из 6 группы наличием различной коморбидной психиатрической патологии.

Гипотеза о влиянии полиморфизма гена, кодирующего нейротрофический фактор BDNF, на эффективность реабилитационных мероприятий подтвердилась после анализа данных генотипирования. Было установлено, что во всех группах больше всего пациентов с гомозиготным (GG) генотипом гена кодирующего BDNF. Пациенты с гомозиготным генотипом (GG) гена BDNF дали наиболее продолжительные ремиссии во всех группах. Достоверно больше всего больных с гомозиготным генотипом (GG) гена BDNF и длительностью ремиссии от 6 до 12 месяцев было среди пациентов 1 группы (Рис. 1).

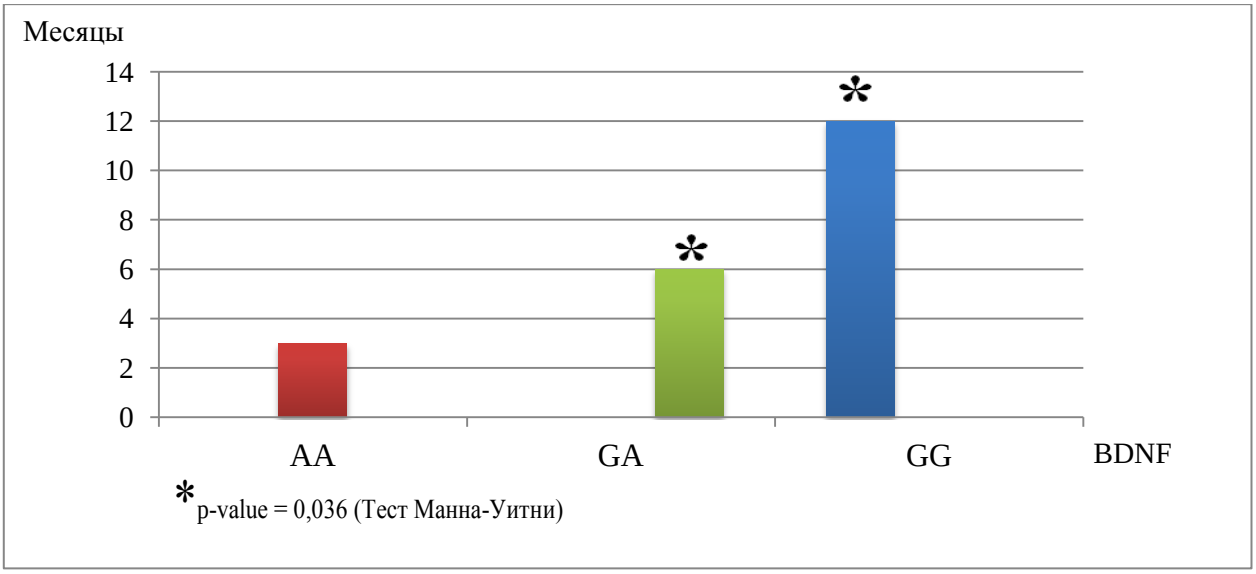


Рис. 1. Длительность лечения и реабилитации в зависимости от полиморфизма гена BDNF у пациентов 1 группы

Обсуждение. Предыдущие результаты исследования клинических и личностных особенностей больных [1, С.10-15], позволили выделить клинические профили пациентов с зависимостью от психостимуляторов [2, с.36-41]. В данном исследовании, в результате применения опросника Р.Клонинджера (TCI – 125) было установлено, что в структуре личности большинства обследованных пациентов преобладают черты «наркоманической личности». При чем согласно теории автора, высокие показатели по шкале «поиск новизны» и низкие по шкалам «избегание вреда», «зависимость от вознаграждения» и «настойчивость» имеют врожденный характер и мало изменяются в течение жизни. Видимо, изначально патологическое сочетание данных черт темперамента привело к активному поиску новых ощущений («поисковому поведению»), употреблению ПАВ со стимулирующим действием и формированием зависимости. В дальнейшем эти черты повлияли на сочетанное употребление психостимуляторов с другими ПАВ для достижения новых впечатлений. Особенно ярко данные черты темперамента были выражены у пациентов, употребляющих вместе с психостимуляторами другие ПАВ. У пациентов 1 группы данные черты темперамента были выражены менее отчетливо, что отразилось в меньшем количестве расстройств личности у таких больных и употреблении только психостимуляторов.

Сочетание черт характера определило не только нацеленность данных пациентов на употребление ПАВ, но также повлияло на эффективность проводимых лечебных и реабилитационных мероприятий у данной категории пациентов. Согласно теории Р. Клонинджера черты характера (в отличие от

темперамента) могут изменяться в процессе взаимодействия личности с окружающим миром, а значит можно использовать индивидуальные характерологические особенности пациентов в лечебной и реабилитационной работе. Изначально высокие показатели по шкале «сотрудничество», отражающие хорошее взаимодействие с окружающими и подверженность влиянию из вне, повлияли на формирование зависимости. В процессе реабилитации эти качества характера были использованы специалистами при работе с пациентами для установления психотерапевтического альянса и повышения комплаенса к проводимой терапии. Наиболее отчетливо это отразилось в работе с пациентами 1 группы, где было больше всего пациентов, прошедших длительную стационарную реабилитацию и добившихся наиболее длительных ремиссий.

Интересно, что сочетание выраженности трех свойств характера определяет зрелость личности. Так, по мнению ряда авторов, высокие показатели по шкалам «трансцендентность я», «самонаправленность» и «сотрудничество» говорит о зрелой, хорошо развитой личности. И наоборот, высокая «трансценденция я» и низкие «самонаправленность» и «сотрудничество» говорит о восприимчивости к различной психической патологии [14, С.50-55]. И действительно среди обследованных пациентов именно у больных 6 группы, имеющих коморбиную психиатрическую патологию, были наиболее высокие показатели по шкале «трансцендентность я» при более низких по шкалам «самонаправленность» и «сотрудничество».

Заключение. В результате исследования можно выделить клинико-генетические профили пациентов с определенными параметрами по клиническим, личностным и генетическим составляющим:

Первый профиль составили пациенты со следующими клиническими показателями: зависимость только от психостимуляторов, отсутствие коморбидного расстройства личности. У пациентов этого профиля при анализе темперамента,согласно психобиологической модели Р. Клонинджера, статистически достоверно чаще встречались низкие или средние показатели по шкале «поиск новизны» и низкие показатели по шкалам «избегание вреда», «зависимость от вознаграждения» и «настойчивость»(по опроснику TCI-125). Эти характеристикиопределяют личность с преобладанием шизоидных черт. Пациенты отличались некоторой замкнутостью, отгороженностью от окружающих, эмоциональной холодностью, повышенной внушаемостью. Внимание их, как правило, избирательно и было направлено на поиск и употребление наркотических веществ. Для пациентов было характерно снижение критического отношения к своему состоянию и заболеванию. У

пациентов наблюдалась сниженная работоспособность. При анализе характера,согласно психобиологической модели Р. Клонинджера, статистически достоверно чаще преобладают высокие показатели по шкале «сотрудничество», средние по шкале «самонаправленность» и низкие по шкале «трансцендентность Я»(по опроснику TCI-125). Несмотря на преобладание шизоидных черт, наличие высокой внушаемости и умения сотрудничать, пациенты легко шли на контакт и поддерживали его, достаточно быстро адаптировались к изменяющимся внешним условиям, в том числе к лечебно-реабилитационному процессу. У данных пациентов снижены самоконтроль и саморегуляция поведения согласно ситуации. Низкая «трансцендентность Я» у больных этого профиля говорит об их низкой духовности, сложностях идентификации себя как части единого целого.

Генетические составляющие профиля этих пациентов: статистически достоверное преобладание гомозиготного (GG) генотипа гена rs6265, кодирующего BDNF. Эти генетические особенности, так же как и личностныехарактеристики данных пациентов соотносятся с полным прохождением курса лечебно-реабилитационных мероприятий и более длительной ремиссией у данных больных, чем у пациентов других профилей. При этом для пациентов первого профиля была одинаково эффективна как стационарная, так и амбулаторная реабилитация.

Второй профиль характеризует пациентов со следующими клиническими показателями: пациенты с сочетанной зависимостью от психостимуляторов и других ПАВ (каннабиноиды, опиоиды, алкоголь и их сочетания) с наличием коморбидного расстройства личности - диссоциальное расстройство личности (F60.2 по МКБ-10). Эти пациенты отличались наличием криминального поведения, судимостями, агрессивностью. Многие из них управляли транспортными средствами в нетрезвом состоянии с последующими авариями. У пациентов этого профиля при анализе темперамента, согласно психобиологической модели Р. Клонинджера, статистически достоверно чаще встречались высокие показатели по шкале «поиск новизны» и низкие показатели по шкалам «избегание вреда», «зависимость от вознаграждения» и «настойчивость»(по опроснику TCI-125). Данные характеристики также соответствуют антисоциальному расстройству личности. Пациенты отличались повышенной эксплозивностью и неустойчивостью, для них свойственны вспышки агрессии и повышенная раздражительность, импульсивность. Всю свою энергию данные больные направляли на поиск и употребление ПАВ, часто для усиления эйфории, получения новых ощущений или смягчения СО употребляли несколько ПАВ. При этом наблюдалась сниженная критика к

заболеванию и своему состоянию, несмотря на очевидные вредные последствия. Пациенты отличались низкой привязанностью к социальному окружению, низкой работоспособностью и невозможностью выносить длительное эмоциональное и психическое напряжение.

При анализе характера, согласно психобиологической модели Р. Клонинджера, статистически достоверно чаще преобладают средние или низкие показатели по шкале «сотрудничество», высокие по шкале «самонаправленность» и низкие по шкале «трансцендентность Я»(по опроснику TCI-125). Низкое «сотрудничество» у больных проявлялось в нежелании идти на контакт и считаться с мнением окружающих, крайнем эгоизме и себялюбии, подозрительности. Это требовало от специалистов активной мотивационной работы с ранних этапов лечения, направленной на удержание пациента в лечебно-реабилитационной программе. Высокая «самонаправленность» отражалась в упрямстве, тугоподвижности и вязкости мышления по отношению к изменению своего поведения и привычной деятельности, направленной на употребление ПАВ. Специалистам требовалось приложить максимум усилий для удержания пациента в лечебно-реабилитационной программе. Низкая «тренсцендентность Я» говорит об их низкой духовности.

Генетические составляющие профиля этих пациентов: гетерозиготный (GA) или гомозиготный (AA) генотип гена rs6265, кодирующего BDNF, вместе с расстройством личности у данных пациентов, соотносился с короткими ремиссиями. У пациентов второго профиля была эффективна только стационарная реабилитация с усиленным мотивационным воздействием.

Третий профиль составили пациенты со следующими клиническими показателями: зависимость только от психостимуляторов и наличие коморбидной психиатрической патологии (по МКБ-10). У пациентов этого профиля при анализе темперамента, согласно психобиологической модели Р. Клонинджера, статистически достоверно чаще встречались высокие показатели по шкале «поиск новизны» и низкие показатели по шкалам «избегание вреда», «зависимость от вознаграждения» и «настойчивость». Высокий «поиск новизны» у данных больных отражается в их нестабильном психическом состоянии и стремлении пациентов стабилизировать его. Для этого их энергетический потенциал направлен на поиск ПАВ. Для больных была характерна сниженная критика к своему состоянию и заболеванию. Употребление ПАВ на короткое время улучшало психическое состояние данных больных, но постепенно утяжеляло психиатрическую патологию и быстро формировало зависимость. Для пациентов была характерна низкая

привязанность к социальному окружению и сниженная работоспособность. При анализе характера, согласно психобиологической модели Р. Клонинджера, статистически достоверно чаще преобладают средние показатели по шкале «сотрудничество», средние по шкале «самонаправленность» и высокие по шкале «трансцендентность Я». Пациенты с подозрительностью и недоверием относились ко всему новому, отличались сниженным самоконтролем исаморегуляцией своего поведения к изменяющимся внешним условиям. Данным больным требовалась активная помощь специалистов для адаптации к лечебно-реабилитационному процессу. Высокая «трансцендентность Я» у больных данного профиля говорит о наличии сопутствующей психиатрической патологии.

Генетические составляющие профиля этих пациентов: гетерозиготный (GA) или гомозиготный (AA) генотип гена rs6265, кодирующего BDNF, вместе с психиатрической патологией у данных пациентов, соотносился с короткими ремиссиями. У пациентов третьего профиля была эффективна только стационарная реабилитация. Также все пациенты получали фармакотерапию антидепрессантами и/или нормотимиками.

Литература / References

1. Агибалова, Т.В. Поплевченков К.Н. Клинические и личностные особенности больных, употребляющих психостимуляторы и другие психоактивные вещества // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2018.- Т.118.- №.1 (2).- С. 10 – 15.
2. Агибалова, Т.В., Поплевченков К.Н. Клинические профили пациентов с зависимостью от психостимуляторов // Наркология.- 2017.- №.6.- С. 36 – 41.
3. Мониторинг потребления психоактивных веществ в Москве: аналитический обзор / О.Ж. Бузик [и др]. – Москва,2019.- С. 21-22.
4. Всемирный доклад о наркотиках. 2019. [Электронный ресурс]. - URL: https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR2019_B1_R.pdf (дата обращения: 24.07.2020).
5. Мозговой нейротрофический фактор и его низкомолекулярные миметики / Т.А. Гудашева [и др.] // Фармакокинетика и фармакодинамика. -2017. -№3. -С. 3 – 5.
6. Ениколопов, С.Н. Исследование психологических характеристик девиантного поведения с помощью биосоциальной методики – структура характера и темперамента (TCI-125) и методики выявления степени выраженности шизотипических черт (SPQ-74) / Ежегодник российского

психологического общества. Психология в системе наук (междисциплинарные исследования). -2002. -№. 9(1).- С. 92.
7. Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ в Москве в 2017-2018 годах: статистический сборник (аналитический обзор) / С.Г. Копоров [и др].- Москва. -2019.- С. 12-17.
8. Кукес, В.Г. Персонализированная медицина в клинической фармакологии // Биомедицина.- 2010.- №3.- С. 22 – 25.
9. Пальцев, М.А. Персонифицированная медицина // Наука в России. -2011. - №1. - С. 12 – 17.
10. Попова. Н.К. Нейротрофические факторы (BDNF, GDNF) и серотонинэргическая система мозга // Биохимия. – 2017. – Том 82. – вып. 3. – С. 449 – 450.
11. Cerbone A., Patacchioli F.R., Sadile A.G. A neurogenetic and morphogenetic approach to hippocampal function based on individual ldifferences and neurobehavioral covariations // Behavioural Brain Research. 1993. №55(1). P. 1-16.
12. Cloninger C.R. A psychobiological model of temperament and character // Archives of General Psychiatry. 1993. №50. P. 975-990.
13. Anxiety proneness linked to epistatic loci in genome scan of human personality traits / C.R. Cloninger [et al.] // American Journal of Medical Genetics.1998. 81(4). P. 313-317.
14. Daneluzzo E., Stratta P., Rossi A. The contribution of temperament and character to schizotypy multidimensionality / Comprehensive Psychiatry // 2005.46(1). P. 50-55.
15. Mac Donald D.A. Holland D. Examination of the psychometric properties of the temperament and character inventory self-transcendence dimension // Personality and Individual Differences. 2002. 32(6). P. 1013-1027.
16. Rosenbaum C.D., Carreiro S.P., Babu K.M. Here today, gone tomorrow... and back again? A review of herbal marijuana alternatives (K2, Spice), synthetic cathinones (bath salts), kratom, Salvia divinorum, methoxetamine, and piperazines // Journal of Medical Toxicology.2012. №8(1). P.15–32.

ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ СЛЕДОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ МЕРАМ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19

Н.А. Польская, А.Ю. Разваляева
ФГБОУ ВО «*Московский государственный психолого-педагогический университет», Россия, г. Москва*
ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», Россия, г. Москва

Аннотация. Представлены результаты исследования связи личностных черт с соблюдением мер защиты от заражения в период пандемии COVID-19 на выборке юношеского возраста. Исследование проходило онлайн с 15 мая по 15 июня 2020 г. Выборка: N=254, в возрасте от 17 лет до 21 года (M=18.53. SD=1.3), из них 229 (90.2%) девушек. Методики: анкета, направленная на оценку соблюдения мер защиты от заражения COVID-19, Краткий опросник Большой пятерки в русскоязычной адаптации и Шкала межличностной чувствительности. Выявлено, что более 70% респондентов придерживались основных мер самоизоляции (ограничивали выход из дома, контакты с другими людьми, соблюдали дистанцию в общественных местах и др.). Предикторами перечисленных выше мер защиты от заражения выступили межличностная уязвимость, сепарационная тревога, интроверсия и нейротизм. Выводы: на юношеской выборке выделены два паттерна поведения в период пандемии COVID-19, укореняющиеся в личностных диспозициях: дезадаптивный паттерн, связанный с усилением нейротизма, тревожности и высокой межличностной чувствительностью. и адаптивный паттерн, связанный с эмоциональной уравновешенностью, ориентацией на поддержание социальных связей и принятием социальных норм.

Ключевые слова: пандемия, COVID-19, профилактика, самоизоляция, межличностная чувствительность, Большая пятерка.

PERSONALITY FACTORS OF FOLLOWING PREVENTIVE MEASURES IN YOUTH DURING COVID-19 PANDEMIC

N.A. Polskaya, A. Yu. Razvalyaeva

Department of health of the city of Moscow state budgetary institution of health care Moscow scientific and practical center of narcology Russia, Moskvan. Moscow state University of psychology and education, Moscow, Russia

Lomonosov Moscow state University, Russia, Moscow

Abstract. The paper presents the results of the study of the relationship between personality traits and using recommended preventive measures in youths during the COVID-19 pandemic. The study was conducted online from May 15 to June 15, 2020. The sample (N=254, aged 17–21) predominantly consisted of girls (90.2%). The following methods were used: a survey assessing compliance with prevention measures, Ten Item Personality Inventory, and Interpersonal Sensitivity Measure. The results show that more than 70% of the participants were using the primary preventive measures (restricted time spent outside and contacts with others, kept distance in the public). Interpersonal sensitivity, separation anxiety, introversion,

and neuroticism emerged as predictors of prevention measures listed above. Conclusions: we distinguish between two behavioral patterns in youth with regard to the pandemic of COVID-19. both are rooted in the personality. The maladaptive pattern is linked to increasing neuroticism, anxiety, and heightened interpersonal sensitivity, and the adaptive pattern is linked to emotional stability, maintaining interpersonal bonds and accepting social norms.

Key words: pandemic, COVID-19, prevention, lockdown, interpersonal anxiety, Big Five personality traits.

Введение. Как показывают исследования психологических последствий пандемии COVID-19, введенные практики социального дистанцирования и самоизоляции оказали влияние на психическое здоровье людей разного возраста [2, 3, 6, 7, 10, 13]. Встает вопрос: какие качества помогают людям лучше адаптироваться к изменившимся условиям? Предварительные результаты указывают на роль личностных черт, антисоциальности и отношения к риску в следовании введенным из-за пандемии ограничениям [4, 14]. В нашем исследовании мы рассмотрели черты Большой пятерки и межличностную чувствительность в связи с выбором профилактических мер.

Большая пятерка включает экстраверсию, доброжелательность, добросовестность, нейротизм и открытость опыту. считается, что эта модель универсально (вне зависимости от языка и культуры) описывает личностную структуру [11]. Под межличностной чувствительностью подразумевается высокая восприимчивость к эмоциям, оценкам и поведению других людей [5. 9]. Люди с высокой межличностной чувствительностью интерпретируют поведение других людей как в большей степени отвергающее, пренебрегающее, предвзятое или даже враждебное. Подобная бдительность и фокусировка внимания на сигналах потенциальной угрозы [8] приводит к изменениям поведения, подстраиваемого под ожидания других людей, чтобы минимизировать риск критики или отказа [5].

Межличностная чувствительность в своих крайних проявлениях может выступать как симптом психологического дистресса. Так, в исследовании психопатологических последствий пандемии COVID-19 среди населения Китая, повышение межличностной чувствительности было отмечено наряду с другими психопатологическими симптомами [12].

В нашем исследовании мы исходили из предположения, что следование профилактическим мерам (в частности, социальное дистанцирование) может быть связано с эмоциональной нестабильностью (нейротизмом) и межличностной чувствительностью.

Процедура и методы исследования. Исследование проводилось онлайн в течение месяца (15.05.2020 – 15.06.2020). Информация об исследовании размещалась в сети Интернет. Участие было добровольным и анонимным. На приглашение откликнулись 496 респондентов (85.5% женщин, 14.5% мужчин) в возрасте от 14 до 59 лет (M=20.42. SD=6.2). Из них была отобрана группа юношеского возраста: N=254, в возрасте от 17 лет до 21 года (M=18.53. SD=1.3), 229 (90.2%) девушек и 25 (9.8%) юношей. По уровню образования: 69 (27.2%) – учащиеся старших классов, 155 (61%) – студенты колледжей или вузов, 20 (7.8%) имеют среднее или средне-специальное / техническое образование и 10 (3.9%) – высшее или неоконченное высшее образование.

В исследовании использовалась анкета, направленная на оценку соблюдения мер защиты от заражения COVID-19: сохранение дистанции в публичных местах, использование индивидуальных средств защиты (маски и перчатки), ограничение непосредственных контактов с другими людьми, проведение дезинфекции покупок и более частых, чем обычно, домашней уборки, стирки и мытья рук. Личностные факторы оценивались с помощью:

1) краткого опросника Большой пятерки (КОБП) в русскоязычной адаптации [1].

2) шкалы межличностной чувствительности – ШМЧ [5], проходящей апробацию на русскоязычной выборке. В рамках ее первичной валидизации была предварительно подтверждена пятифакторная структура с выделением субшкал сепарационной тревоги (α=0.71), неуверенности в межличностных отношениях (α=0.63), межличностной уязвимости (α=0.83), робости (α=0.67) и хрупкости Я (α=0.79). Помимо оценки шкал, может быть подсчитан суммарный показатель межличностной чувствительности (α=0.9).

Для статистической оценки (SPSS 22.0) использовались методы корреляционного (коэффициент Спирмена), кластерного и регрессионного анализа, непараметрические критерии, а также частоты и описательные статистики.

Результаты и их обсуждение. Распределение ответов на вопросы анкеты по использованию мер защиты от заражения представлено в табл. 1.

Таблица 1.

Распределение ответов на вопросы анкеты по использованию мер защиты от заражения COVID-19

№	Пункты	Да	Нет
		%	%
1.	Ограничение выхода из дома	90.6	9.4

2.	Ношение маски в общественных местах	79.5	20.5
3.	Соблюдение дистанции в общественных местах	74.4	25.6
4.	Ограничение контактов с другими людьми	71.7	28.3
5.	Частое мытье рук	65.0	35.0
6.	Ношение перчаток в общественных местах	31.9	68.1
7.	Использование дезинфицирующих средств для обработки покупок из магазина	28.7	71.3
8.	Домашняя уборка (чаще, чем обычно)	20.5	79.5
9.	Стирка вещей (чаще, чем обычно)	10.6	89.4

Согласно полученным ответам, наиболее широко используемыми мерами защиты (более 70%) в юношеской выборке оказываются: ограничение выхода из дома, использование маски, соблюдение дистанции и ограничение контактов с другими людьми. Наименьшее число утвердительных ответов пришлось на дезинфекцию покупок из магазина, ношение перчаток, а также более частое, чем обычно, проведение домашней уборки и стирки.

Сравнение личностных черт в группах, выделенных по использованию защитных мер, показало наибольшее число различий между респондентами, ограничивающими выход из дома и не придерживающимися данной рекомендации (табл. 2).

Таблица 2.

Значимые различия между группами в зависимости от ограничения выхода из дома (U критерий Манна-Уитни)

Шкалы	**M (SD)**		**p**
	Да	Нет	
Экстраверсия (КОБП)	6.45 (2.91)	8.29 (2.64)	.002
Эмоциональная стабильность (КОБП)	6.06 (2.89)	8.42 (3.22)	.000
Межличностная уязвимость (ШМЧ)	18.85 (3.84)	16.87 (4.24)	.031
Сепарационная тревога (ШМЧ)	20.24 (4.33)	18.71 (4.23)	.044
Межличностная чувствительность – общий балл (ШМЧ)	69.71 (12.64)	64.63 (11.96)	.045

Примечание: *M – среднее. SD – стандартное отклонение.*

Также были получены значимые различия в зависимости от соблюдения или отказа от использования следующих мер защиты: *дезинфекция* – различия по шкале добросовестности (p=0.038). *уборка* – добросовестность (p=0.041), общий балл по межличностной чувствительности (p=0.038), сепарационная тревога (p=0.034), робость (p=0.037). *мытье рук* – сепарационная тревога (p=0.021), неуверенность в межличностных отношениях (p=0.049). *сохранение дистанции в общественных местах* – согласие (p=0.021). *ношение маски* –

согласие (p=0.006). *ношение перчаток в общественных местах* – добросовестность (p=0.000), экстраверсия (p=0.026), сепарационная тревога (p=0.002), неуверенность в межличностных отношениях (p=0.021).

По всем мерам защиты от заражения от COVID-19 более высокие показатели по шкалам были у тех, кто соблюдал режим самоизоляции и использовал эти меры защиты, за исключением шкалы экстраверсии – она оказалась выше в группе ответивших отрицательно. Т.е., участники исследования, подтвердившие использование этих мер, оказались с более высокими значениями по шкалам: межличностная чувствительность (общий балл), сепарационная тревога, робость, межличностная уязвимость, добросовестность и согласие, и с более низкими – по экстраверсии.

Мы предположили, что соблюдение правил социального дистанцирования может быть связано как с высоким уровнем следования социальным нормам, так и высоким уровнем нейротизма и межличностной уязвимости. Для этого был проведен кластерный анализ (кластеризация К-средними). Было выделено 2 кластера: 1) с преобладанием черт эмоциональной нестабильности и межличностной чувствительности. и 2) с преобладанием черт эмоциональной стабильности, добросовестности, ориентированности на развитие социальных связей и общение (экстраверсия) (табл. 3).

Таблица 3.

Результаты кластерного анализа по факторам КОБП и ШМЧ

Факторы КОБП и ШМЧ	**Кластер**	
	1 N=142 (55.9%)	2 N=112 (44.1%)
Добросовестность (КОБП)	7.73	8.90
Межличностная уязвимость (ШМЧ)	20.93	15.75
Неуверенность в межличностных отношениях (ШМЧ)	7.74	5.96
Открытость опыту (КОБП)	9.49	9.88
Робость (ШМЧ)	18.43	15.27
Сепарационная тревога (ШМЧ)	22.92	16.52
Согласие (КОБП)	8.29	8.71
Хрупкость Я (ШМЧ)	15.10	9.24
Эмоциональная стабильность (КОБП)	4.73	8.25
Экстраверсия (КОБП)	6.00	7.41

Проверка различий (критерий Манна-Уитни) показала значимые различия между выделенными группами по факторам экстраверсии (p=.001), добросовестности (p=.003) и эмоциональной стабильности (p=.000) с более высокими показателями в группе 2. и по факторам сепарационной тревоги

(p=.000), неуверенности в межличностных отношениях (p=.000) и межличностной уязвимости (p=.000) с более высокими показателями в группе №1.

Значимые связи между шкалами КОБП и ШМЧ показаны в табл. 4. Выявленные взаимосвязи имеют отрицательное значение (за исключением связи согласия и робости), что характеризует межличностную чувствительность как дезадаптивную личностную черту (или группу черт).

Таблица 4.

Значимые связи между шкалами КОБП и ШМЧ (коэффициент Спирмена)

Шкалы	Добросовестность	Согласие	Открытость опыту	Экстраверсия	Эмоциональная стабильность
Межличностная уязвимость	-.126		-.138	-.163	-.453
Неуверенность в межличностных отношениях	-.135	-.322	-.220	-.371	-.308
Робость		.237	-.153	-.226	
Сепарационная тревога	-.205			-.216	-.473
Хрупкость Я	-.218	-.197		-.186	-.443
Общий балл по межличностной чувствительности	-.184			-.238	-.506

***Примечание*: «» – *p*<.05. «» – *p*<.01.**

Для оценки вклада межличностной чувствительности в соблюдение режима самоизоляции использовалась логистическая регрессия (табл. 5).

Таблица 5.

Личностные предикторы использования мер профилактики заражения COVID-19

Зависимая переменная	Независимая переменная	R^2	ПП	B	SE	p
Дистанцирование в общественных местах	Межличностная уязвимость	.032	74.4	-.094	.047	.045
	Сепарационная тревога			.084	.041	.038
Ограничение контактов	Сепарационная тревога	.043	70.9	.09	.033	.006
Ограничение выхода из	Межличностная	.043	90.6	.118	.052	.022

дома	уязвимость					
Ограничение выхода из дома	Экстраверсия	.149	90.6	-.175	.073	.016
	Эмоциональная стабильность			-.221	.070	.002

Примечание: Приведен R^2 Найджелкерке, ПП – % правильно предсказанных случаев зависимой переменной, B – регрессионный коэффициент, SE – стандартная ошибка.

Две шкалы – межличностная уязвимость и сепарационная тревога – выступили в роли предикторов наиболее социально связанных мер защиты от заражения (соблюдение дистанции в общественных местах, ограничение контактов и выход из дома строго по необходимости). В трактовке Ф. Бойса и Г. Паркера субшкала межличностной уязвимости (в оригинальной версии – сознательности) характеризует чувствительность в межличностных взаимодействиях, бдительность к поведению других людей и тревогу в межличностных отношениях. а шкала сепарационной тревоги связывается с нарушениями привязанности и, как следствие, с нарушениями формирования отношений с другими людьми, а также с высокой чувствительностью к возможным угрозам в межличностных отношениях [5].

Что касается шкал Большой пятерки, две черты выступили предикторами ограничения выхода из дома: экстраверсия и эмоциональная стабильность (табл. 5). Полученные коэффициенты были отрицательными: т.е., в следование этой защитной мере (связанной в наибольшей степени с самоизоляцией) вносят вклад интроверсия и нейротизм.

Выводы. Таким образом, полученные результаты позволяют говорить о двух паттернах, отражающих реакцию на самоизоляцию и укорененных в личностных диспозициях. Это дезадаптивный паттерн, связанный с усилением нейротизма, тревожности и межличностной чувствительности, и адаптивный паттерн, связанный с эмоциональной уравновешенностью, ориентацией на поддержание социальных связей и принятием социальных норм.

В случае первого – дезадаптивного – паттерна, меры защиты от заражения могут оказаться стрессовыми факторами, усугубляющими дистресс и дестабилизирующими личность. Адаптивный же паттерн в условиях пандемии позволяет сохранять психологический баланс несмотря на вынужденные социальные ограничения и находить новые источники и способы социальной активности.

Особое внимание исследователям и практикам следует обратить на межличностную чувствительность, необходимость ее идентификации и диагностической оценки, так как она обусловливает значительные социальные

трудности, связанные с установлением новых и поддержанием старых контактов, общением, романтическими отношениями. Вынужденные меры социальной самоизоляции наиболее неблагоприятным образом могут отразиться именно на группе людей с выраженной межличностной чувствительностью, что повышает в этой группе риск эмоциональных и личностных нарушений. Межличностная чувствительность особенно остро может проявлять себя в подростковом и юношеском возрасте, что делает подростково-юношеский период также наиболее уязвимым к психопатологическим реакциям в условиях социальных ограничений и одиночества. Мы обнаружили, что наши молодые участники исследования в большей своей части придерживались требуемых мер защиты от заражения COVID-19, однако путь следования этим мерам может быть как конструктивным, так и деструктивным.

Благодарности. Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ) в рамках научного проекта № 20-013-00429.

Литература / References

1. Корнилова, Т.В., Чумакова, М.А. Апробация краткого опросника Большой пятерки (TIPI, КОБТ) // Психологические исследования. 2016. Т. 9. № 46. С.5. URL: http://psystudy.ru (дата обращения: 10.09.2020).
2. Сорокин, М.Ю., Касьянов, Е.Д., Рукавишников, Г.В., Макаревич, О.В., Незнанов, Н.Г., Лутова. Н.Б., Мазо, Г.Э. Психологические реакции населения как фактор адаптации к пандемии COVID-19 // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2020. № 2. С.87–94.
3. Харламенкова, Н.Е., Быховец, Ю.В., Дан, М.В., Никитина, Д.А. Переживание неопределенности, тревоги, беспокойства в условиях COVID-19 [Электронный ресурс]. ИП РАН, 2020.-URL: http://www.ipras.ru/cntnt/rus/institut_p/covid-19/kommentarii-eksp/har-1.html (дата обращения: 14.07.2020).
4. Abdelrahman M.K. Personality Traits, Risk Perception, and Protective Behaviors of Arab residents of Qatar during the COVID-19 pandemic [Электронный ресурс]. Preprint. 2020. URL: https://psyarxiv.com/6g7kh (дата обращения: 05.09.2020).
5. Boyce P., Parker G. Development of a scale to measure interpersonal sensitivity // Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 1989. Vol. 23. № 3. P. 341–351.
6. Brooks S.K., Webster R.K., Smith L.E., Woodland L., Wessely S., Greenberg

N., Rubin G.J. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence // The Lancet. 2020. Vol. 395. № 10227. P. 912–920.
7. Forte G., Favieri F., Tambelli R., Casagrande M. The Enemy Which Sealed the World: Effects of COVID-19 Diffusion on the Psychological State of the Italian Population [Электронный ресурс] // Journal of Clinical Medicine. 2020. Vol. 9. № 6. P. 1802. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7356935/ (дата обращения: 15.07.2020).
8. Gao S., Assink M., Cipriani A., Lin K. Associations between rejection sensitivity and mental health outcomes: A meta-analytic review. Clinical Psychology Review, 2017. Vol. 57, pp. 59–74.
9. Marin T.J., Miller G.E. The Interpersonally sensitive disposition and health: An integrative review // Psychological Bulletin. 2013. Vol. 139. № 5. P. 941–984.
10. Orgilés M., Morales A., Delveccio E., Mazzeschi C., Espada J.P. Immediate Psychological Effects of COVID-19 Quarantine in Youth from Italy and Spain [Электронный ресурс] // SSRN Electronic Journal. 2020. URL: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3588552 (дата обращения: 12.07.2020).
11. McCrae R.R., Costa Jr. P.T. Personality trait structure as a human universal // American psychologist. 1997. Vol. 52. №. 5. P. 509–516.
12. Tian F., Li H., Tian S., Yang J., Shao J., Tian C. Psychological symptoms of ordinary Chinese citizens based on SCL-90 during the level I emergency response to COVID-19 [Электронный ресурс] // Psychiatry Research. 2020. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7151383/#__ffn_sectitle (дата обращения: 05.07.2020).
13. Xin M., Luo S., She R., et al. Negative cognitive and psychological correlates of mandatory quarantine during the initial COVID-19 outbreak in China // *American Psychologist. 2020. Vol. 75.* № 5. P. 607–617.
14. Zettler I., Schild C., Lilleholt L., Kroencke L., Utesch T., Moshagen M., Böhm R., Back M.D., Geukes K. Individual differences in accepting personal restrictions to fight the COVID-19 pandemic: Results from a Danish adult sample [Электронный ресурс]. Preprint. 2020.-URL: https://psyarxiv.com/pkm2a (дата обращения: 05.09.2020).

ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТИ В ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

В.В. Райх, О.В. Георгиевская, О.Ю. Балакина, Е.А. Тверская
ГБУЗ «Новокузнецкий наркологический диспансер»,
Россия, г. Новокузнецк

Аннотация. В данной работе проанализирована потребность в оказании специализированной медицинской помощи пациентам Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Кемеровской области «Новокузнецкого наркологического диспансер» (далее ГБУЗ КО ННД) в условиях пандемии COVID-19. Проведен сравнительный анализ числа пациентов, обратившихся на прием к врачу психиатру-наркологу в зависимости от имеющегося диагноза и группы психоактивных веществ (далее ПАВ). По результатам исследования выявлено, что на фоне увеличения числа посещений пациентов всех нозологических групп, в период пандемии преобладает актуальность оказания специализированной медицинской помощи пациентам с синдромом зависимости с наибольшей динамикой потребности у потребителей алкоголя.

Ключевые слова: пандемия, психические расстройствами и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ.

ASSESSMENT OF THE NEED FOR SPECIALIZED MEDICAL CARE FOR DRUG-RELATED PATIENTS IN THE CONTEXT OF THE COVID-19 PANDEMIC

V. V. Reich, O. V. Georgievskaya, O. Yu. Balakina, E. A. Tverskaya
Novokuznetsk narcological dispensary Russian Federation Kemerovo region-Kuzbass, Russia, Novokuznetsk

Abstract. This paper analyzes the need for the provision of specialized medical care to patients of the State Budgetary Healthcare Institution of the Kemerovo Region Novokuznetsk Narcological Dispensary (hereinafter referred to as GBUZ KO NND) in the context of the COVID-19 pandemic. A comparative analysis of the number of patients who applied for an appointment with a psychiatrist-narcologist, depending on the existing diagnosis and the group of psychoactive substances (hereinafter PAS). According to the results of the study, it was revealed that against the background of an increase in the number of visits to patients of all nosological groups, during a pandemic, the relevance of providing specialized medical care to patients with

addiction syndrome with the greatest dynamics in the need for alcohol consumers prevails.

Key words: Pandemic, mental and substance use disorders.

Введение. В период пандемии COVID-19, в т.ч. в условиях самоизоляции, в России зарегистрировано повышение потребления психоактивных веществ и увеличение количества смертей, связанных с употреблением алкоголя (1, С.15). Поэтому одной важнейших задач является обеспечение доступа к медицинским и социальным услугам для людей, употребляющих психоактивные вещества (ПАВ) и страдающих расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, а также обеспечение непрерывности оказания наркологической медицинской помощи в соответствии с Порядком, Стандартами лечения расстройств, связанных с употреблением ПАВ.

Объекты и методы исследования. Объектом исследования выступает потребность в оказании медицинской специализированной помощи пациентам наркологического профиля в период пандемии COVID-19.

Основным методом исследования в данной работе является сравнительный статистический анализ числа посещений пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении в ГБУЗ КО ННД в зависимости от диагноза и вида ПАВ за 6 мес.2019 г. и аналогичный период 2020г.

Результаты и их обсуждение.При анализе динамики числа посещений пациентов наркологического профиля отмечено, что в первом полугодии 2020г. произошло увеличение количества обращений за наркологической помощью по сравнению с аналогичным периодом 2019г. с 1539 чел. до 1698 чел. Т.о., потребность в оказании наркологической помощи возросла на 159чел.(10%).

Динамика числа пациентов, обратившихся за наркологической помощью, нарастала постепенно с января 2020г., когда число обратившихся превысило аналогичный период прошлого года на 2%, в феврале на 4% и достигла максимума к июню, когда уровень прироста составил 32,5% (Рис.1). Причем, наибольший уровень прироста совпал с началом введения на территории Российской Федерации, Кемеровской области -Кузбасса режима «Повышенная готовность» (5), включающего режим самоизоляции, и иных мер (3) по противодействию распространению новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» (5). В марте 2020г. число обратившихся превысило аналогичный период 2019 года на 5,4%, в апреле 6,5%,в мае на 11,9%.

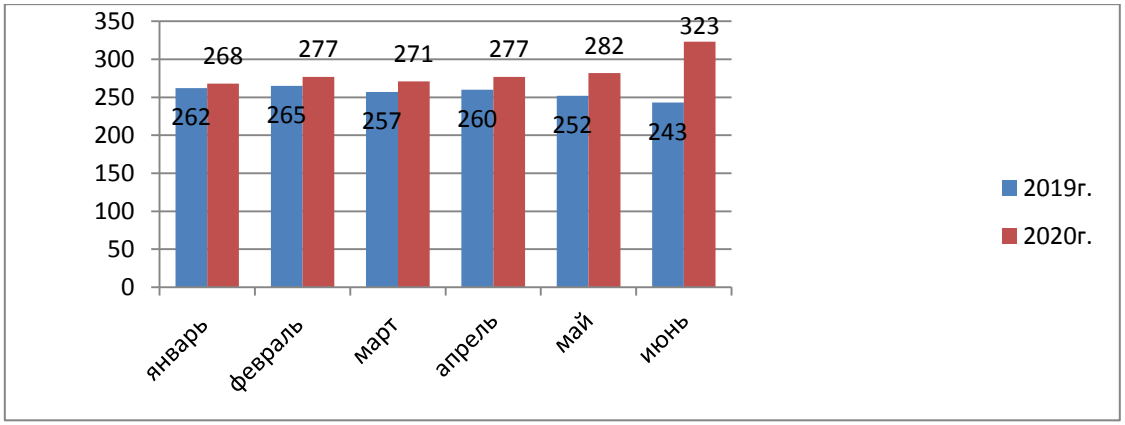


Рис.1. Сравнительный анализ количества посещений (2019-2020 гг.)

Доля пациентов, страдающих синдромом зависимости от ПАВ, и обратившихся в ГБУЗ КО ННД в первом полугодии 2019г., как и в аналогичном периоде 2020г., составила 92%. Доля пациентов с пагубным употреблением ПАВ составила 8%.

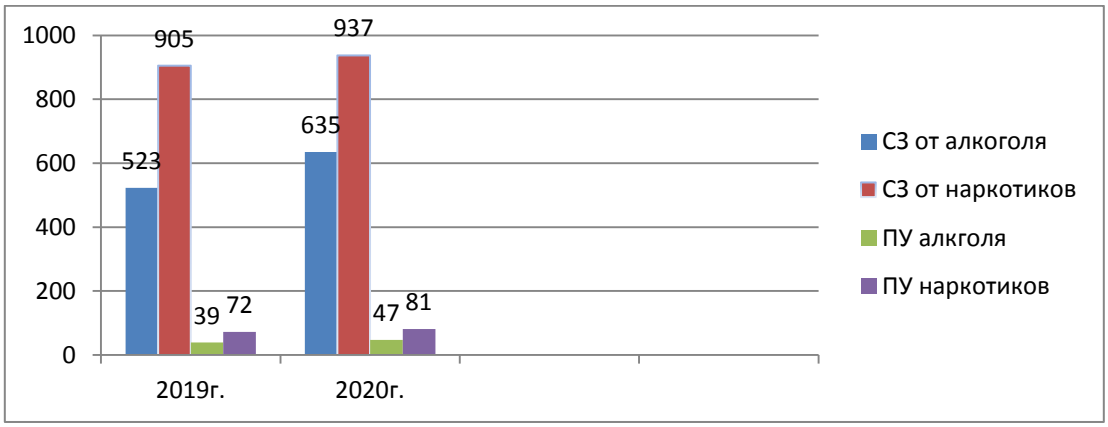


Рис.2. Распределение обратившихся пациентов по нозологиям (2019-2020 гг.)

За 6 месяцев 2020 года на прием в ГБУЗ КО ННД обратилось 637 (37%) больных с синдромом зависимости от алкоголя, 937 (55%) с синдромом зависимости от наркотических средств, 47 (3%) пациентов с пагубным употреблением алкоголя и 81 (5%) с пагубным употреблением наркотических средств. За анализируемый период 2019г. врачами психиатрами-наркологами было принято 523 (35%) больных с синдромом зависимости от алкоголя, 905 (58%) больных с синдромом зависимости от наркотических средств, 39 (3%) пациентов с пагубным употреблением алкоголя и 72(5%) с пагубным употреблением наркотических средств. Т.о., на фоне увеличения числа пациентов, обратившихся в ГБУЗ КО ННД, в структуре нозологий ситуация оставалась стабильной. Сохранялось преобладание больных с синдромом

зависимости от наркотических средств с небольшим уменьшением их доли среди обратившихся с 58% до 55% в течение полугодия 2020г. (РиС.2).

При изучении групп ПАВ, употребление которых явилось причиной обращения к врачу психиатру-наркологу, были проанализированы суммарный показатель числа лиц с синдромом зависимости от алкоголя и числа лиц с пагубным употреблением алкоголя, а также аналогичные нозологии у потребителей наркотических средств (Табл.1).

Таблица 1.

Показатель числа лиц с синдромом зависимости от алкоголя и числа лиц с пагубным употреблением алкоголя

Период	Число потребителей алкоголя			Число потребителей НС		
	Синдром зависимости	Пагубное употребление	Всего	Синдром зависимости	Пагубное употребление	Всего
6 мес.2019г	523	39	562	905	72	937
6 мес.2020г.	635	47	682	937	81	1018
Прирост	+112(21%)	+8 (20%)	+120 (21%)	+32(3%)	+9(12%)	+41 (5%)

Число лиц, страдающих синдромом зависимости от алкоголя, обратившихся в первом полугодии 2020г. превысило значение данного показателя в период 2019г. на 21%, а число лиц, обратившихся в связи с пагубным употреблением алкоголя, увеличилось на 20%. В целом, потребность в оказании наркологической помощи пациентам-потребителям алкоголя выросла на 21%.

Среди лиц с психическими и поведенческими расстройствами поведения, связанных с употреблением наркотических средств, при нарастании показателя за анализируемые периоды 2019 и 2020 гг. регистрировалось увеличение числа больных с синдромом зависимости на 3%, а лиц с пагубным употреблением наркотических средств на 12%. В целом, потребность в оказании наркологической помощи пациентам- потребителям наркотических средств выросла на 5%.

Таким образом, в результате исследования потребности оказания помощи пациентам наркологического профиля в период пандемии COVID-19, выявлено, что больные, страдающие психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ в период пандемии COVID-19 нуждаются в большей степени оказании специализированной медицинской помощи по профилю «психиатрия-

наркология» (4). Сравнительный статистический анализ числа посещений пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении в ГБУЗ КО ННД, показал наибольшую его актуальность в условиях пандемии COVID-19 для лиц, страдающих синдромом зависимости, преимущественно потребителей алкоголя.

Литература / References

1. Методические рекомендации по профилактике злоупотребления алкоголем и связанных с ними заболеваний и состояний, в том числе в период пандемии COVID-19 и ее последствий // Копоров С.Г., Бузик О.Ж., Кошкина Е.А., Власовских Р.В., Аршинова В.В., Горный Б.Э., Деменко Е.Г., Сокольчик Е.И., Бедина И.А., Ксензова М.А. Методические рекомендации / ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ». - М., 2020.– 36с.

2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 19 марта 2020 г. № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19».

3. Постановление Правительства РФ от 02.04.2020 № 417 «Об утверждении Правил поведения, обязательных для исполнения гражданами и организациями, при введении режима повышенной готовности или чрезвычайной ситуации». Первоначальный текст документа опубликован в «Российская газета», № 75, 08.04.2020// СПС «КонсультантПлюс» - URL: http://www.consultant.ru/ (дата обращения: 21.03.2020).

4. Приказ МЗ РФ от 30 декабря 2015 г. № 1034н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ».

5. Распоряжение Губернатора Кемеровской области-Кузбасса от 14 марта 2020 № 21-рг «О введении режима «Повышенная готовность» на территории Кемеровской области-Кузбасса и мерах по противодействию распространению новой коронавирусной инфекции (COVID-19)».

ПРИМЕНЕНИЕ КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ СНА У ЛИЦ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ, СВЯЗАННЫМИ СО СТРЕССОМ И СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ, В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Г.С. Рачкаускас, Т.И. Ромашова, С.И. Радионова, О.В. Кондуфор, О.А. Бобык

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», Луганская Народная Республика, г. Луганск

Аннотация. В данной статье рассмотрено применение когнитивно-бихевиоральной терапии для коррекции нарушений сна у лиц с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами, в условиях пандемии COVID-19. Дана оценка эффективности немедикаментозного лечение бессонницы, как основного симптома, который может служить тригерным механизмом в обострении основного заболевания. Описаны возможности применения данного метода в общесоматической практике с целью предупреждения развития невротических расстройств без применения психофармакологических средств.

Ключевые слова: когнитивно-бихевиоральная терапия, невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, коррекция нарушений сна.

THE APPLICATION OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY FOR CORRECTION OF SLEEP DISORDERS IN PERSONS WITH NEUROTIC, STRESS-RELATED AND SOMATOFORM DISORDERS IN THE CONDITIONS OF COVID-19 PANDEMIC

G.S. Rachkauskas[1], T.I. Romashova[2], S.I. Radionova[2], O.V. Kondufor[3], O.A. Bobyk[3]

[1]Head of Department, M.D., professor, [2]docent, [3]assistant

State institution of the Lugansk People's Republic «Lugansk State Medical University named after St. Luke», Department of Psychiatry and Narcology, Lugansk People's Republic, Lugansk

Absract. This article discusses the use of cognitive-behavioral therapy to correct sleep disorders in individuals with neurotic, stress-related and somatoform disorders in the context of the COVID-19 pandemic. Evaluation of the effectiveness of non-drug treatment of insomnia as the main symptom that can serve as a trigger mechanism in exacerbation of the underlying disease is given. The possibilities of

using this method in general somatic practice in order to prevent the development of neurotic disorders without the use of psychopharmacological agents are described.

Key words: cognitive-behavioral therapy, neurotic, stress-related and somatoform disorders, correction of sleep disorders.

Введение. Начало 2020 года было ознаменовано появлением COVID-19. Эта сложная и весьма неоднозначная ситуация определенным образом повлияла не только на жителей различных стран мира, но и предопределила задачи работников здравоохранения, направленные на оказание медицинской помощи в условиях пандемии. В настоящее время данные об эпидемиологии, клинические особенности течения заболевания, действенные меры профилактики и лечения болезни изучены ограниченно. Множество информации из различных источников, в том числе о количестве заболевших, трагических случаях летальных исходов болезни, изменение привычного образа жизни в связи с самоизоляцией, ограничение в свободном передвижении, возможности беспрепятственного общения с близкими, не могли не повлиять на психоэмоциональное состояние большинства людей [5, С.5]. В связи со сложившейся эпидемической ситуацией по заболеваемости COVID-19 следует предположить, что эта проблема может наблюдаться довольно длительное время и будет оставаться актуальной для здравоохранения всего мира [2, С.17].

Как известно адаптивные способности отличительны не только у каждого отдельно взятого индивидуума, но и различны среди групп населения в зависимости от пола, возраста, уровня образования и осведомлённости, наличия соматической или какой-либо другой патологии. Особенно уязвимыми являются лица с высоким уровнем невротизации. Всеобщее пребывание в условиях стрессовой ситуации способствует возникновению таких проявлений, как беспокойство, ощущение внутреннего напряжения, тревога, страх заражения, неопределенность перед будущим и многое другое. Лица с уже имеющимися невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами являются первоочередной группой риска, у которой в подобной ситуации велика вероятность развития обострения заболевания [5, С.7].

Клиническая картина невротических расстройств отличается большим полиморфизмом, но, несмотря на это, одним из ведущих симптомов является расстройство сна, и, по мнению некоторых ученых, этот симптом является обязательным в характеристике невротических расстройств, поскольку его встречаемость доходит до 100% [3, С.54]. Несмотря на то, что инсомния является характерным проявлением заболевания, она может служить тригерным механизмом, который обусловит либо обострение болезни, либо

привнесет в клиническую картину новые формы психопатологической симптоматики [3, С.55].

В условиях пандемии одним из значимых факторов является состояние иммунной системы организма человека. Как известно, на удовлетворительное функционирование иммунной системы в определенной степени оказывает влияние качественный сон [6, С.31]. А значит, в ситуации воздействия стресса хороший сон сам по себе обеспечит срессозащитную функцию, и терапия, направленная на нормализацию сна будет способствовать активации процессов адаптации к новым условиям [1, С.26].

Следует также учитывать тот факт, что расстройства сна в той или иной степени влияет на когнитивное функционирование личности, что в свою очередь отрицательно влияет на качество жизни [6, С.32].

Несомненно, одну из лидирующих позиций в лечении расстройств сна занимают транквилизаторы бензодиазепинового ряда, и их применение оправданно, когда необходимо достичь положительных результатов за довольно непродолжительный срок времени, но, к сожалению, они далеко не безобидны при длительном применении в связи с известными побочными действиями (в том числе отрицательное влияние на когнитивный статус), мало того, при их отмене симптоматика расстройств сна может достаточно быстро актуализироваться [3, С.55].

Одним из методов выбора лечения расстройств сна может служить когнитивно-бихевиоральная терапия, поскольку многочисленные исследования этого метода применительно к лечению как острой, так и хронической бессонницы подтверждают позитивные и долгосрочные результаты [6, С.32]. Преимущества метода заключаются не только в отношении отсутствия побочных действий и длительного положительного эффекта, но и в виду того, что данная терапия не требует значительных финансовых затрат для пациента [4, С.22].

Объекты и методы исследования. Было обследовано 37 пациентовс диагнозом невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, находящихся под наблюдением врачей-психиатров Государственного учреждения «Луганская республиканская клиническая психоневрологическая больница» Луганской Народной Республики, которое является клинической базой ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки». Диагноз верифицирован по критериям МКБ-10. Из 37 пациентов: 14 мужчин (37,8%) и 23 женщины (62,2%). Средний возраст пациентов составил 43,7±1,9 года. Манифестация заболевания отмечалась в среднем в возрасте 31,4±4,6 лет. По ведущей

симптоматике заболевания: 18 (48,6%) пациентов – с тревожно-фобическим синдромом. 12 (32,4%) – с тревожно-депрессивным синдромом.5 (13,5%)–с паническим синдромом. 2 (5,4%) – с сенесто-ипохондрическим синдромом. Исследование проводилось в соответствии с требованиями Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации об этических принципах проведения медицинских исследований с участием людей в качестве субъектов (2000 г). От всех пациентов получено добровольное письменное информированное согласие на проведение исследования. Проведено клиническое интервью с пациентами, изучены анамнестические данные, использованы клинико-психопатологический, катамнестический, клинико-шкальный, нейропсихологический и статистический методы. Проведена оценка гигиены сна по методике Sleep Hygiene Index – SHI (Mastin D.F., Bryson J., Corwyn R., 2006). Оценка невротических состояний проводилась с помощью клинического опросника Яхина-Менделевича. Статистическая обработка данных проводилась в программе STATISTICAV. 12.5. Критерии исключения из исследования: наличие обострения (рецидива) основного заболевания, зависимости от психоактивных веществ, обострение хронического соматического заболевания. Все пациенты обратились за помощью с жалобами на наличие бессонницы в течение 2-4 недель (трудности засыпания, поверхностный сон с частыми пробуждениями, отсутствие чувства отдыха после сна). На начало исследования по результатам клинического опросника Яхина-Менделевича был определен низкий уровень пограничных состояний по шкалам невротической депрессии, тревоги, обсессивно-фобических нарушений и средний уровень по шкале астении. Все пациенты вели дневники, в которых описывали продолжительность сна, примерное время засыпания, частоту пробуждений, свои ощущения после сна.

Результаты и их обсуждение. В качестве лечения бессонницы применялась когнитивно-бихевиоральная терапия методом гигиены сна без применения психофармакологических средств. До начала терапии по результатам оценки гигиены сна по методике SHI тестовый показатель находился в диапазоне от 68% до 89% (пониженный и низкий уровень гигиены сна). В течение одного месяца всем пациентам было проведено 6 сеансов терапии: на протяжении 2-х недель – 2 сеанса в неделю, и еще 2 недели – по одному сеансув неделю. Пациенты обучались основным правилам гигиены сна, которые включали информацию о принципах питания, нормирования физических нагрузок, употребления спиртных напитков и курения, условиях окружающей обстановки (освещенность помещения, звуковая нагрузка,

температурный режим), обсуждалось их влияние на качество сна. Давались общие рекомендации, необходимые для успешной терапии.

Несмотря на то, что пациенты были осведомлены о необходимости соблюдения оговоренных правил гигиены сна, в течение первой неделиу большей части (до 70%) отмечались трудности в выполнении предусмотренных условий, в связи с чем, при последующих сеансах акцентировалось внимание на обязательном соблюдении разработанных мероприятий. Ежедневное ведение дневниковых записей, где описывалось как соблюдение, так и нарушения правил способствовало дисциплинированности пациентов. К концу второй – началу третьей недели 79% пациентов отмечали субъективное улучшение качества сна: сокращение времени засыпания, увеличение продолжительности сна.

Помимо методики гигиены сна с пациентами проводилась когнитивная терапия, основной задачей которой являлось разубеждение в том, что нарушения сна могут привести к неудачам последующего дня, усилению в связи с этим тревожности и ожиданию обострения основного заболевания. По итогам когнитивной терапии пациенты самостоятельно формулировали правильные суждениях потребности организма в качественном сне.

Оценка эффективности когнитивно-бихевиоральной терапии расстройств сна учитывала уменьшение периодазасыпания, сокращение ночных пробуждений, увеличение общей продолжительности сна до 30-60 минут, ощущение чувства отдыха и наличия бодрости после сна.

По окончанию терапии по результатам оценки гигиены сна по методике SHI тестовый показатель находился в диапазоне от 23% до 38% (повышенный уровень гигиены сна).

Из всех исследуемых пациентов только в 3-х случаях (8%) пришлось прибегнуть к применению психофармакотерапии, поскольку у них отмечалась низкая приверженность к когнитивно-бихевиоральной терапии – пациенты высказывали серьезные опасения по поводу эффективности метода.

Проверка долгосрочности достигнутого результата была проведена спустя 3 месяца по окончанию лечения. Актуализация расстройств сна была отмечена у 5 пациентов, 3 из которых были те, к которым была применена психофармакотерапия.

Заключение. Когнитивно-бихевиоральная терапии расстройств сна в очередной раз доказала свою эффективность и может быть применена в качестве метода устранения нарушений сна в целях профилактикине только обострений, но и в возникновении расстройств невротического спектра.

В условиях пандемии COVID-19 существует необходимость в разработке действенных стратегий по охране психического здоровья. Учитывая относительную несложность в проведении данного вида терапии нарушений сна, как триггера невротических расстройств, после краткосрочного обучения проведению данной методики, она может применяться не только врачами-психиатрами или психотерапевтами, но и специалистами общесоматического профиля в условиях как стационарного, так и амбулаторного звена.

Литература / References

1. Воробьева, О.В. Острая (адаптационная) инсомния: терапевтическая дилемма // Медицинский совет.- 2016.- № 9.- С.23-27.
2. Горенков, Д.В., Хантимирова, Л.М., Шевцов, В.А. Вспышка нового инфекционного заболевания COVID-19: β-коронавирусы как угроза глобальному здравоохранению // 2020.- Т. 20. -№ 1.- С.6-20.
3. Корабельникова, Е.А. Лечение инсомний у больных с невротическими расстройствами // Медицинский совет. -2015.- № 10. -С.54-59.
4. Курушина, О.В., Барулин, А.Е., Багирова. Д.Я. Современные подходы к лечению инсомнии в общетерапевтической практике // Медицинский совет.- 2019. -№ 6.- С.20-26.
5. Островский, Д.И., Иванова, Т.И. Влияние новой коронавирусной инфекции COVID-19 на психическое здоровье человека (Обзор литературы) // Омский психиатрический журнал. -2020. -№ 2-IS (24). -С.4-10.
6. Центерадзе, С.Л., Полуэктов, М.Г. Влияние нарушений сна на здоровье и возможности их коррекции // Медицинский совет.- 2018.- № 18.- С.30-33.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПОМОЩЬ COVID-ИНФИЦИРОВАННЫМ

Рачкаускас Г.С., Радионова С.И., Булкина Н.Э., Кондуфор О.В., Бобык О.А.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», Луганская Народная Республика, г.Луганск

Аннотация. В данной статье рассмотрены особенности влияния стрессовых факторов на формирование невротических расстройств у медицинских работников, оказывающих помощь COVID (коронавирусная инфекция) инфицированным больным. С помощью психодиагностических методик исследованы уровни формирования невротических расстройств при

наличии ситуационной и личностной тревожности. Проведен анализ полученных данных.

Ключевые слова: невротические расстройства, стрессовые факторы, уровень тревожности, COVID-инфекция.

FEATURES OF THE FORMATION OF NEUROTIC DISORDERS IN MEDICAL WORKERS WHO PROVIDE CARE FOR COVID INFECTED

G.S. Rachkauskas[1], S.I. Radionova[2], N.E. Bulkina[2], O.V. Kondufor[3], O.A. Bobyk[3]

[1] Head of the Department, M.D., professor, [2] docent , [3] assistant

State institution of the Lugansk People's Republic «Lugansk State Medical University named after St. Luke», Department of Psychiatry and Narcology, Lugansk People's Republic, Lugansk

Abstract. This article examines the features of the influence of stress factors on the formation of neurotic disorders in medical professionals who provide care to COVID-infected (Corona Virus Disease) patients. The levels of neurotic disorders formation in the presence of situational and personal anxiety were studied using psycho diagnostic methods. The obtained data were analyzed.

Key words: neurotic disorders, stress factors, anxiety level, COVID-infection.

Введение. Профессиональные кризисные ситуации в обычной жизни относят к нормативным жизненным кризисам, т.е. они являются неотъемлемой частью профессионального развития человека. Профессиональный кризис медицинского работника проявляется чаще в начале профессиональной деятельности, когда формируется профессиональная позиция. Профессия врача требует особенных личностных качеств, высоких знаний, навыков и умений медицинского направления. Ведь именно врач присутствует при самых деликатных событиях в жизни пациента: смерть и рождение. Труд медработников и врачей сопровождается воздействием на них огромного количества неблагоприятных факторов.

Пандемия COVID-19 внесла свои особенности в работу и жизнь медицинских работников. Социально-экономические условия в стране, жизненные трудности, снижение престижа профессии медработника требуют повышенных психологических и физических затрат. Соответственно на сегодняшний день есть необходимость рассмотреть возможные риски развития посттравматического стрессового синдрома и других расстройств, связанных с

психотравмой у медицинских работников, которые оказывают медицинскую помощь больным с COVID.

Невротические расстройства – это группа психогенно обусловленных состояний, которые проявляются множеством клинических симптомов, но они объединены тремя основными признаками. Все они являются функциональными изменениями, т. е. отсутствует повреждающий фактор на центральную нервную систему. уровень расстройств непсихотический, т. е контроль над происходящими событиями не утрачен, сохраняется связь с действительностью. расстройства имеют очерченную связь с психотравмирующей ситуацией. В клинической картине отражается связь со стрессовой ситуацией, особенно отчетливо заметна в начале заболевания [1, С. 29].

Невротические расстройства возникают, когда защитные возможности человека не соответствуют силе стрессового воздействия, т.е. человек не может справиться с трудными жизненными обстоятельствами, отмечается тенденция к затяжному течению [3, С.6]. Причинами всегда являются конфликты, они либо внешние, либо внутренние, но они обязательно наносят психологическую травму, другой причиной может быть длительное перенапряжение эмоциональное или интеллектуальное [4, С.320].

Объекты и методы исследования. Исследование проводилось на базе ГУ «Луганская городская многопрофильная больница № 4» ЛНР. В психологическом эксперименте участвовали 152 респондента – медицинских работников, оказывавших помощь больным с COVID-инфекцией в возрасте от 21 до 71 года. Из них: с высшим медицинским образованием 25 человек, среди которых 3мужчин, 22 женщины. со средним медицинским образованием – 78 человек, среди которых мужчин – 5, женщин – 73. младший медицинский персонал – 57 человек, все женщины.

В качестве диагностического инструмента были использованы методика экспресс-диагностики невроза К. Хека и Х. Хесса и методика «Исследование тревожности» – опросник Спилбергера-Ханина.

Результаты и их обсуждения. По результатам обследования методикой экспресс-диагностики невроза К. Хека и Х. Хесса выявлены результаты: в 10% случаев выявлены невротические расстройства у всей группы обследуемых. в 16% исследуемые находятся в зоне риска возникновения невротических расстройств. Среди врачей в зоне риска 28%, среди среднего медицинского персонала 13% диагностированы невротические расстройства, а 14% находятся в зоне риска развития невротических расстройств. у младшего медицинского персонала в 7% случаев диагностированы невротические расстройства, в 12%

находятся в зоне риска. Среди врачей невротические расстройства не выявлены, но в зоне риска развития невротических расстройств выявлено 28% опрошенных.

При анализе данных полученных методикой «Исследование тревожности» (опросник Спилбергера-Ханина) у 40% респондентов ситуативная тревожность выражена, у 42% исследуемых имеется средний уровень выраженности и у 17% – низкий уровень. Показатели по шкале личностной тревожности составили: у 43% исследуемых – выраженное повышение тревожности, у 49% – средний уровень повышения тревожности у 8% – низкий уровень тревожности.

Значительные психоэмоциональные нагрузки на медицинских работников, особенно при работе с пациентами COVID-инфицированными, серьезно повышают вероятность развития негативных изменений на психику, которые могут проявляться снижением уровня (а иногда и срывах) психической и психофизиологической деятельности.

Проведенное исследование ставило своей целью изучение взаимосвязи уровня невротизации, возможного развития синдрома эмоционального выгорания с факторами профессионального функционирования и личностными характеристиками медицинских работников в условиях пандемии COVID-19.

Пандемия COVID-19 является таким фактором. Особенно это касается медиков, которые работали непосредственно с вирусными больными: врачи, средний и младший медицинский персонал, технические работники медицинских учреждений. Ситуация в которой они оказались сравнима с военными условиями: непосредственная угроза здоровью и жизни, морально-психологическая нагрузка, тяжелый интенсивный труд, длительное ношение неудобной специализированной одежды.

Персонал медицинских учреждений, оказывающий помощь COVID-инфицированными пациентами переживает не просто стресс, а психологическую травму. Сегодня важно выявить возможные риски развития невротических расстройств, формирования посттравматического стрессового расстройства.

Учитывая уровень ответственности за выполняемую работу, риск развития невротических расстройств у врачей составил 28%, у среднего медперсонала – 13%, у младшего медперсонала – 12%. Очевидно, что компенсаторные возможности врачей значительно выше, чем у среднего и младшего медперсонала.

Самые распространенные симптомы – это тревога и страх, которые могут проявляться и соматическими проявлениями [5, С.6]. Самые распространенные

источники тревоги это: возможный дефицит средств индивидуальной защиты, организация семейного быта в условиях отсутствия родителей, возможность инфицирования с последующим неблагоприятным исходом болезни, неприятные предчувствия о жизненных событиях. Эти мысли почти всегда тягостны, им сложно сопротивляться, несмотря на то, что умственные и физические способности не страдают. Соматические проявления: дискомфорт со стороны желудочно-кишечного тракта, сердцебиение, чувство жара, потливость, сухость во рту. В дальнейшем появлялись повышенная утомляемость, раздражительность, изменялся аппетит и нарушался сон.

Работа с больными COVID сопровождалась дополнительными трудностями – это опасность инфицирования, продолжительные контакты с инфицированными, длительное ношение специальной защитной одежды, вынужденная рабочая поза, отсутствие контактов с семьей. Неблагоприятно сказывается на медицинских работниках профессиональный стресс: эмоциональное напряжение при общении с коллегами и пациентами, необходимость вникнуть в проблемы других людей, давление общественного мнения, необходимость быть сдержанным, терпеливым, сострадающим, проявлять заботу, внимание и понимание [2, С.528]. Все эти факторы приводят к быстрому формированию невротической симптоматики и в дальнейшем к более сложному комплексу невротических расстройств.

Заключение. Полученные данные позволяют сделать вывод, что работа с больными COVID проводится в условиях, сопровождающихся наличием непосредственной угрозы здоровью и жизни медицинскому медперсоналу, в тяжелых морально-психологических и физических условиях, что приводит к изменениям в психике медицинских работников. Все эти факторы способствуют формированию невротических расстройств.

После работы с больными COVID развитие невротических расстройств в у среднего и младшего медперсонала объясняется психологической нагрузкой и дополнительной физической нагрузкой: поддержание мер противоэпидемического режима, уход за больными и выполнение медицинских манипуляций, требующих длительного контакта с больными.

Медицинские работники склонны решать свои личные проблемы самостоятельно, не обращаясь за помощью. Но когда нагрузка на рабочем месте выходит за пределы привычного рабочего дня, то может появиться необходимость в психолого-психиатрической помощи лицам, участвующим в ликвидации пандемии COVID-19. Полученные результаты исследования могут быть использованы при разработке лечебно-профилактических и

реабилитационных программ для лиц, участвующих в оказании медицинской помощи COVID-инфицированным пациентам.

Литература / References

1. Березин, Ф.Б., Мирошников, М.П. Эмоциональный стресс и психосоматические расстройства. Подходы к терапии // Materia medica.- 1996. - Т. 1.- № 9. -С.29–30.
2. Бодров, В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление // М.: ПЕРСЭ. -2006. - С.528.
3. Манукян, В.Р., Петраш. М.Д. Психологические ресурсы преодоления возрастных и профессиональных кризисов средней взрослости // Психология зрелости и старения. -2010.- № 2 (50).- С.6.
4. Сыманюк, Э.Э. Психология профессионально-обусловленных кризисов // Изд-во НПО «МОДЭК». -2004. -С.320.
5. Соловьева, С.Л. Индивидуальные психологические особенности личности врача // СПб.: ГОУВПО СПбГМА им. И.И. Мечникова, МЗ РФ. 2001.- С.6.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ СОСТОЯНИЯ ВЫУЧЕННОЙ БЕСПОМОЩНОСТИ СО СПЕЦИФИКОЙ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ КАК ОСНОВА ПОСТРОЕНИЯ СИСТЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АДДИКЦИЙ

А.В. Рупека[1], О.В. Волкова [2], О.А. Цветкова[2]

[1] *ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Россия, г. Красноярск*

[2] *ФГБОУ ВО «Омский государственный технический университет», Россия, г. Омск*

Аннотация. В статье рассматривается феномен выученной беспомощности в контексте девиантного поведения на примере аддикций. Анализируются механизмы возникновения, развития и последствия зависимого поведения. Проведено сопоставление особенностей выученной беспомощности с характеристиками аддиктивной личности на основе данных современных исследований и общепринятых концепций. Установлена необходимость учёта выученной беспомощности в профилактике и коррекции девиантного поведения.

Ключевые слова: выученная беспомощность, адаптивность, девиантное поведение, аддиктивное поведение, детерминанты зависимости, профилактика зависимого поведения

STUDY OF THE RELATIONSHIP BETWEEN THE STATE OF LEARNED HELPLESSNESS AND THE SPECIFICS OF DEVIANT BEHAVIOR FORMATION AS THE BASIS FOR BUILDING A SYSTEM OF PSYCHOLOGICAL PREVENTION OF ADDICTIONS

A. V. Rupika, O. V. Volkova, O. A. Tsvetkova

Krasnoyarsk state medical University named after Professor V. F. Voino-Yasenetsky, Krasnoyarsk, Russia

Omsk state technical University, Omsk, Russia

Abstract. The article examines the phenomenon of learned helplessness in the context of deviant behavior using the example of addictions. The mechanisms of occurrence, development and consequences of addictive behavior are analyzed. A comparison of the features of learned helplessness with the characteristics of an addictive personality is carried out on the basis of the data of modern research and generally accepted concepts. The necessity of taking into account the learned helplessness in the prevention and correction of deviant behavior has been established.

Key words: learnt helplessness effect, adaptivity, deviant behavior, addiktiv behavior, determinants of addiction, prevention of addictive behavior

Введение. Согласно определению ВОЗ, одним из показателей психологического здоровья человека является его способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств. Эта характеристика личности тесно связана с таким качеством, как адаптивность, то есть, способностью человека к адаптации. В современной науке под этим понятием подразумевается совокупность приспособительных реакций организма, связанных с перестройкой работы внутренних органов и в целом всего организма, а также психики на уровне психических процессов и состояний в соответствии с изменившимися состояниями окружающей среды, позволяющей ему оптимально функционировать в ней [6]. Таким образом, способность к адаптации в условиях непрерывно развивающегося мира необходима для члена современного общества. Зачастую, говоря о нарушениях адаптации, мы подразумеваем девиантное поведение. Это понятие описывает такие поступки человека, которые отклоняются от норм в контексте правовых отношений, культуры и морали, критериев психического здоровья и других. Девиантное поведение подразделяется на деликвентное – нарушающее законодательные нормы, асоциальное - противопоставляющее отдельного человека остальному обществу, аутодеструктивное – подразумевающее

нанесение вреда самому себе. Многие авторы рассматривают девиантное поведение, как нарушенную адаптацию личности к условиям окружающей реальности, в первую очередь, социальной среде [1]. При этом, по мере развития девиантного поведения в сторону преобладания соответствующих паттернов и стратегий, увеличивается степень дезадаптации индивида. Изучение закономерностей формирования и развития девиантного поведения, учет этих данных в системе профилактики – одна из необходимых задач для повышения адаптивности современного человека. Все больше исследователей обращают свое внимание на состояние выученной беспомощности, как препятствие для успешной адаптации и самореализации индивида. Впервые описанный М. Селигманом, этот феномен определяет образ жизни человека, как пассивное подчинение внешним обстоятельствам, избегание инициативы и ответственности, его виктимную позицию. Наша работа посвящена сопоставлению этого феномена с механизмами возникновения и прогрессирования девиантного поведения на примере одной из наиболее деструктивных и при этом распространенных его форм – аддиктивного (зависимого). Объект нашего исследования – аддикции, как форма девиантного поведения, предмет – выученная беспомощность в его контексте.

Сформированная аддикция – наркомания, алкогольная зависимость, лудомания квалифицируется во всем мире, как патологическое состояние и входит в международную классификацию болезней под кодом F10-F19. Распространенность этой нозологии на сегодняшний момент не имеет выраженных тенденций к сокращению. Напротив, растет вариативность зависимого поведения, например, в 11 пересмотр МКБ было одобрено предложение внести компьютерную (игровую) зависимость, как отдельный тип расстройства. Развитие современных технологий также увеличивает разнообразие аддиктивных агентов, появляется все больше форм так называемых «нехимических» зависимостей. В.А. Руженков, И.С.Лукьянцева в своих работах описывают такие вариации аддиктивного повдения, как зависимость от социальных сетей, просмотра телевидения, агрессивного вождения и другие [7]. Неутешительные данные мировой статистики свидетельствуют также об актуальности проблем наркомании и алкоголизма – высокие цифры вовлеченности людей в смертельно опасные зависимости говорят сами за себя.

Большой интерес ученых представляет изучение характерологических особенностей, предопределяющих развитие зависимости у человека. Существует множество концепций аддиктивной личности – начиная от научных трудов З. Фрейда, Э. Фромма, В. Франкла, продолжая работами

современных исследователей, где среди отечественных представителей можно выделить В.Д. Менделевича, Л.И. Анциферову, Б.С.Братусь и других.

Среди наиболее очевидных факторов риска развития зависимости о многих концепциях выделяется дефицит навыков совладающего поведения, что выражается в избегании негативных переживаний и ситуаций, их вызывающих. Это зачастую становится заметно с детства, в условиях воспитания по типу гиперопеки, когда чрезмерно заботливый родитель стремится оградить ребенка от трудностей и сопутствующих им эмоций. Не приобретая необходимого опыта и навыка совладающего поведения, ребенок по мере взросления, в прямом смысле слова остается «беспомощным», а тот факт, что основное участие в решении проблем было отведено родителю, приводит к отсутствию собственной инициативы. Эти особенности хорошо описаны феноменом выученной беспомощности. Столкновение с реальностью для такого человека зачастую происходит болезненно, а компульсивное поведение, в том числе и употребление ПАВ, становится способом «ухода» от субъективно неприятных аспектов жизни. Со временем прогрессирования зависимости, порог фрустрационной толерантности становится все меньше, т.к. не подкрепляется позитивный опыт решения проблемных ситуаций. Пребывая длительное время в своеобразной социальной изоляции, аддикт все больше укрепляется в пассивном отношении к трудностям и жизненным задачам – тем самым обостряются черты его выученной беспомощности.

Н.В. Дмитриева и Л.В. Левина в своем исследовании обнаруживают такие характеристики аддиктивной личности, как недостаток саморегуляции [4]. Эта особенность составляет волевой аспект выученной беспомощности и препятствует развитию у человека ресурсных опор, таких, как обучение, трудовая деятельность, самореализация, что является, по мнению современных исследователей, фактором антинаркотической устойчивости. В условиях дальнейшего формирования аддикции, недостаточность контроля за собственными сиюминутными побуждениями обуславливает предпочтение аддиктивного агента, как средства получения быстрого удовольствия, а на этапе отказа от психоктивного вещества – трудности в совладании с патологическим влечением.

Исследователи выученной беспомощности также описывают виктимность, как одну из черт данного феномена. Что, в свою очередь, является предиктором развития зависимости, по данным исследования М.В. Мусийчук и Т.В. Яценко [5]. Также виктимность в процессе развития зависимого поведения способна выступать, как специфическая психологическая защита, препятствующая отказу от ПАВ. Многим специалистам в сфере коррекции

зависимого поведения известно такое убеждение злоупотребляющего человека, как: «Да, я зависим, и этого теперь не изменить, я ничего не могу с собой поделать».

Говоря о психологических защитах, важно отметить исследования Д.А. Циринг, которая приходит к выводу о преобладании у подростков с беспомощностью такого типа совладающего поведения, как регрессия [9], что описывается, как «уход в детство». С позиции же трансактного анализа, зависимое поведение рассматривается, как стремление к жизни в эго-состоянии «дитя». Понятие «зависимой личности» невозможно представить без такой характеристики, как инфантилизм.

Существуют также исследования выученной беспомощности, которые обнаруживают её непостредственную роль в формированнии аддкций и других девиаций. Так, согласно работам О.В. Волковой [2], выученная беспомощность выступает одним из факторов, детерменирующих рисковое поведение личности. Склонность к риску, а также неумение прогнозировать последствие своих действий – одни из наиболее очевидных особенностей правонарушителей, а также потребителей ПАВ. «Со мной такого не случится», - такую установку по отношению к негативным последствиям своих поступков можно часто обнаружить в их психологическом портрете.

На сегодняшний день исследователями предпринимаются попытки сопоставить отдельные формы аддикции с особенностями выученной беспомощности. Так, Е.С.Глухова и Э.А. Щербакова описывают табакокурение у подростков, как особую форму проявления этого состояния. По мнению авторов, в состояниях нарушения психологического здоровья молодые люди часто перестают занимать активную жизненную позицию по отношению к привычкам, в частности к табакокурению, и даже начинают связывать ее с возможностью самореализации благодаря различным связям курения с личным и социальным опытом [3]. Интерес для дальнейших исследований представляет возможность экстраполяции этого вывода на другие формы зависимого поведения, в том числе, и нехимические аддикции.

Согласно работам, посвященным изучению последствий зависимости для личности, аддикцию можно также рассматривать, как фактор, провоцирующий развитие выученной беспомощности или же заострение уже имеющихся характерных черт. Так, исследуя личностные особенности наркозависимых на различных этапах реабилитационного процесса, Н.В. Солнцева и И.В. Маслянина [8] описывают значительную выраженность данного феномена у зависимых пациентов и рассматривают его, как мишень для коррекционной работы.

Таким образом, состояние выученной беспомощности в контексте девиантного поведения можно рассматривать как фактор предрасположенности к нему. Возникая в детском возрасте, это способствует развитию личностных качеств, детерминирующих склонность к аддикциям. По мере прогрессирования зависимости, черты выученной беспомощности становятся более выраженными, что является препятствием на пути преодоления расстройства. Поэтому, в рамках профилактики и коррекции зависимого поведения особенно важно учитывать стратегии работы с состоянием выученной беспомощности.

Литература / References

1. Бурханова, С.В., Кром, И.Л. Девиантное поведение подростков как проблема социальной адаптации / С.В. Бурханова, И.Л. Кром // Современные исследования социальных проблем. – 2010. - №2 (2). – С.107-108
2. Волкова, О.В. Выученная беспомощность как фактор, детерминирующий рисковое поведение личности / О.В. Волкова // Тюменский медицинский журнал.- 2014.- Т. 16.- № 1. - С.35-36.
3. Глухова, Е.С., Щеглова, Э.А. Исследования особенностей табакокурения как формы проявления выученной беспомощности в молодежной среде / Е.С.Глухова, Э.А. Щеглова // Вестник Томского государственного университета. - 2009. - № 329. - С.201-206.
4. Дмитриева, Н.В., Левина, Л.В. Психологические механизмы развития аддиктивного поведения / Н.В. Дмитриева, Л.В. Левина // Сибирский педагогический журнал. – 2012. - №9. – С. 65-71
5. Мусийчук, М.В., Яценко, Т.В. Виктимность как фактор риска аддиктивного поведения подростков на основе выявления предикторов зависимостей / М.В. Мусийчук, Т.В. Яценко // Общество: социология, психология, педагогика. - 2020. - № 1 (69). - С.44-51.
6. Попов, Г. Н., Ширенкова, Е. В. Критерии здоровья: адаптация, социализация, индивидуализация / Вестник Томского Государственного университета. – 2007. - №5(68). – С.83-86
7. Руженков, В.А., Лукьянцева, И.С.Аддиктивное поведение студенческой молодежи: систематика, распространенность, клиника и профилактика / В.А. Руженков, И.С.Лукьянцева, В.В. Руженкова // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. - 2015. - № 10 (207). - С.13-25.
8. Солнцева, Н.В., Малясина, Ю.В. Специфика прояления выученной беспомощности у наркозависимых на разных стадиях ремиссии / Н.В.

Солнцева, Ю.В. Малясина // Интегративный подход к психологии человека и социальному взаимодействию людей. материалы IV Всероссийской научно-практической (заочной) конференции. - Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, кафедра психологии человека. - 2014. - С.71-76.

9. Циринг, Д.А. Особенности совладающего поведения и психологических защит у подростков с личностной беспомощностью / Д.А. Циринг // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. Серия: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. - 2009. - Т. 15. № 5. - С.167-172.

ПРОФИЛАКТИКА ТАБАКОКУРЕНИЯ В СИБИРСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ

Ю.В. Рычагов

ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово

Аннотация. В статье рассмотрены основные профилактические механизмы, применяемые в Сибирском федеральном округе, направленные на лиц, зависимых от табака. Приведены статистические данные по табакокурению в субъектах округа.

Ключевые слова: табакокурение, профилактика, курение, несовершеннолетние.

PREVENTION OF TOBACCO SMOKING IN THE SIBERIAN FEDERAL DISTRICT

Yu.V. Rychagov

Kuzbass Clinical Narcological Dispensary, Russia, Kemerovo.

Abstract. The article discusses the main preventive mechanisms used in the Siberian Federal District, aimed at people who are addicted to tobacco. The statistics on tobacco smoking in the constituent entities of the district are presented.

Key words: tobacco smoking, prevention, smoking, minors.

Из-за курения ежегодно умирают около 400 тысяч россиян и миллионы имеют серьезные проблемы со здоровьем. Курение вредит практически всему организму, но особенно страдают дыхательная и сердечно-сосудистая системы. Ишемическая болезнь сердца, гипертония, инфаркты, инсульты, эмфизема,

астма, хронические обструктивные болезни и злокачественные новообразования в легких — это неполный список заболеваний, которые буквально косят российское общество.

Пристрастие к табаку также вызывает биохимические изменения в мозге. Причем, они подобны деструктивным изменениям, характерным для героиновых и кокаиновых наркоманов. Отказ от курения, независимо от стажа или количества выкуренных сигарет, дает положительный эффект: уже через 20 минут после последней сигареты начнутся положительные изменения в организме. Исследования показали, если отказаться от пагубной привычки в возрасте до 30 лет, риск развития болезней, связанных с курением, снижается на 90%. До 50 — риск преждевременной смерти уменьшается на 50% по сравнению с людьми, которые продолжают курить. После 60 лет и старше - вчерашние курильщики живут дольше, чем их курящие ровесники.

За последние 20 лет глобальная тенденция к использованию табака медленно уменьшается – с 1,397 миллиардов в 2000 году до 1,337 миллиардов в 2018 году. Это означает, что ежегодно около 60 миллионов людей бросают данную вредную привычку, даже с учетом растущего населения. Наибольшая количественная часть этого спада была опосредована снижением числа женщин, использующих табак (с 346 миллионов до 244 миллионов). За этот же период количество мужчин с пристрастием к табаку увеличилось на 40 миллионов. Но изменения наконец-то коснулись и мужчин. Тенденция к спаду учитывает использование табака в различных формах: сигареты, сигары, кальяны, трубки и новомодные системы нагревания табака, но при этом не учитывает электронные сигареты. Наблюдаемый спад касается около 60% всех стран, в том числе и России. Согласно данным всемирного опроса Global Adult Tobacco Survey, употребление табака с 2009 по 2016 год упало на примерно 20%, теперь курит около трети россиян (что, безусловно, все же очень большая часть). Основными мерами антитабачной кампании является введение дополнительных налогов на эту отрасль, запрет на курение в общественных местах и рекламу табачных изделий. К 2025 ожидается снижение общего количества людей, использующих табак, еще на 27 миллионов – к значению 1,299 миллиардов [1].

А что происходит в России? У нас начали борьбу с курением значительно позже. В 60-е годы наши медики даже не верили в западные исследования. И только когда появились свои, отечественные, эпидемиологические исследования, тогда задумались. Долгое время у нас были одноразовые акции и все это, разумеется, не работало. Статистика такова: с 60-х по начало 80-х годов у нас распространенность курения не менялась: у мужчин оставалась цифра

в 60 %, а у женщин она росла многократно. Регулярные мониторинги курительного поведения населения позволяют узнать, что происходит с населением в динамике, позволяют оценивать эффективность антикурительных мер. Этим нужно заниматься прицельно. В России было 2 крупных исследования – в 2009 и 2016 годах – до и после введения антитабачного закона № 15. Сейчас мужчин курит около 50 % взрослого населения по стране, женщин – 14 %. А вот среди московского населения мужчин курит 54 %, а женщины стали курить больше – сейчас эта цифра выросла до 24 %. В регионах снижение распространенности курения более выражено: в малых городах или поселениях более эффективно работают антикурительные меры.

Что касается регионов России, то больше всего курящих на Чукотке: 39% взрослого населения. На втором месте - Еврейская автономная область: 37,3%. На третьем — Забайкальский край: 36,3%.

Меньше всего курильщиков в республиках Северного Кавказа. Самый благополучный регион в этом плане =Ингушетия, там курят всего 5,7% жителей. Еще мало курят в Чечне и Дагестане: 10,2 и 10,4% взрослого населения соответственно.

Данные Росстата РФ по потреблению табака в Сибирском федеральном округе в 2019 году приведены в таблице 1:

Таблица 1.

Потребление табака в Сибирском федеральном округе в 2019 году

	Всего потребляющих в % от численности населения	**из них потребляющие курительные табачные изделия, %**	**В % к среднероссийскому уровню**	**Место в РФ**
Сибирский федеральный округ	26,9	**97,9**	**111,2**	***7***
Республика Алтай	31,5	98,9	130,2	75
Республика Тыва	25,5	100,0	105,4	45-47
Республика Хакасия	35,7	97,5	147,5	82
Алтайский край	28,2	98,2	116,5	61
Красноярский край	26,5	97,5	109,5	54
Иркутская область	30,1	99,1	124,4	72
Кемеровская область – Кузбасс	25,5	**97,0**	**105,4**	**45-47**
Новосибирская область	26,7	98,8	110,3	56
Омская область	23,6	96,7	97,5	30
Томская область	23,3	96,3	96,3	28-29

СФО занимает 7 место в рейтинге из 8 федеральных округов РФ. Ниже находится только Дальневосточный федеральный округ. При этом максимальные показатели уровня потребления табака отмечается в следующих субъектах СФО: Республика Хакасия – 147,5 % от среднероссийского уровня потребления. Республика Алтай – 130,2 %. и Иркутская область – 124,4 %.

В 2004 году Всемирная организация здравоохранения опубликовала конвенцию по борьбе против табака. Государства, которые присоединяются к конвенции, обязуются постепенно сокращать спрос на табачную продукцию: повышать акцизы, чтобы сигареты дорожали, заставлять производителей делать крупные надписи на пачках о вреде курения, запрещать рекламу табачных изделий и курение в общественных местах. Россия присоединилась к конвенции только в 2008 году. Но фактически многие меры, описанные в документе, власти начали применять раньше. В 2004 году внесли изменения в закон «Об ограничении курения табака»: запретили курить на рабочих местах, в городском транспорте, учреждениях спорта, культуры, образования и здравоохранения, а еще -рекламировать табачные изделия в СМИ и продавать их несовершеннолетним. В 2013 нормы ужесточили: стало нельзя курить в поездах, на вокзалах, в аэропортах, гостиницах, кафе и ресторанах. С 31 июля 2020 года закон стал еще жестче: раньше все запреты касались только табака — нельзя было курить сигареты, трубки, самокрутки и тому подобное. Теперь же формулировку «потребление табака» заменили на «потребление табака или никотиносодержащей продукции». Вейпы, электронные устройства и кальяны приравняли к сигаретам.

Профилактика курения – это не прихоть государства. Никотиновая зависимость наносит серьезный урон здоровью населения и часто становится причиной возникновения физиологических и психологических нарушений. Профилактика курения табака решает следующие задачи: минимизирует риск возникновения онкологических и других смертельных заболеваний. создает благоприятные условия для зачатия и вынашивания здорового потомства. обеспечивает нормальное неврологическое состояние человека. оздоравливает нацию в целом. Снижение курения играет немаловажную роль и для экономики, поскольку позволит увеличить производительность труда. Это обусловлено тем, что постоянные перекуры среди работников уменьшают время их фактической занятости.

Особенно важна профилактическая работа среди детей и подростков, чтобы предупредить развитие ранней наркомании. У взрослых профилактика табакокурения не так распространена, как вопрос алкоголизма, но имеет не меньшее значение. Как и проблему алкоголизма, курение необходимо

предупредить как можно раньше. Работа, нацеленная на предупреждение никотиновой зависимости среди молодежи должна проводиться во всех сферах. Такая работа должна проводиться в средствах массовой информации, а также в общественных местах и на мероприятиях с высокой посещаемостью людей. Профилактические меры должны применяться уже в дошкольных учреждениях и далее в школах, средних и высших образовательных учреждениях. Особые обязательства возлагаются на родителей детей и подростков, на личном примере которых формируется собственное отношение их детей к здоровому образу жизни. Статистика и прямые факты говорят о том, что курить человек начинает чаще именно в подростковом возрасте. Трудный подростковый возраст становится причиной многих вредных привычек, включая курение и развитие алкоголизма.

Чаще всего у детей срабатывает такой психологический фактор, как стадный рефлекс, стоит нескольким детям из класса или окружения закурить, другим становиться некомфортно в их обществе. Некурящий подросток чувствует себя не таким как все, это и становится причиной подражания другим. Для родителей и педагогов важно не упустить момента и своевременно донести до подростка опасность курения. Ребенок должен понимать, что курение в компании друзей приведет к зависимости на всю жизнь. Будет еще много людей, с которыми он пройдет по жизни, а подражать другим, значит, терять собственную индивидуальность.

НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА СМЕРТНОСТИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И СТАТИСТИЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ О СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ, СВЯЗАННОЙ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ, НАРКОТИКОВ И ДР. ПАВ, ЗА 2018 – 6 МЕСЯЦЕВ 2020 ГОДА В СИБИРСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ

Г.М. Самсонова[1], А.А. Лопатин[1], Д.В. Вострых[1], И.И. Зорохович[1], Ю.Ю. Кирина[2]

[1] ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г.Кемерово

[2] ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В статье отражены некоторые результаты мониторинга смертности пациентов с наркологическими расстройствами, приведена статистическая информация о смертности населения, связанной с

употреблением психоактивных веществ и злоупотреблением алкоголем. Обозначены положительные тенденции, сохраняющиеся проблемы и пути их решения.

Ключевые слова: мониторинг, смертность от алкоголя, смертность от наркотиков, статистическая информация.

SOME RESULTS OF MORTALITY MONITORING AMONG PATIENTS WITH DRUG DISORDERS AND STATISTICAL INFORMATION ON POPULATION MORTALITY ASSOCIATED WITH THE USE OF ALCOHOL, DRUGS AND OTHERS PAV, FOR 2018 - 6 MONTHS OF 2020 IN THE SIBERIAN FEDERAL DISTRICT

G.M. Samsonova[1], A.A. Lopatin[1], D.V. Vostrykh[1], I.I. Zorokhovich[1], Yu.Yu. Kirina[2]

[1]*Kuzbass Clinical Narcological Dispensary, Russia, Kemerovo*

[2]*Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

Abstract. The article reflects some of the results of monitoring the mortality of patients with drug addiction disorders, provides statistical information on the mortality of the population associated with the use of psychoactive substances and alcohol abuse. Positive tendencies, persisting problems and ways of their solution are indicated.

Key words: monitoring, mortality from alcohol, mortality from drugs, statistical information.

Министерство здравоохранения Российской Федерации в 2018г. организовало проведение мониторинга мероприятий по снижению смертности от основных причин, который позволяет оперативно выявлять недостатки в организации медицинской помощи населению и своевременно принимать управленческие решения по их устранению. В частности, наркологической службе СФО также предписано проведение мониторинга смертности среди пациентов с наркологическими расстройствами.

По результатам мониторинга смертности (таблица 1) среди пациентов с наркологическими расстройствами за 2019 года в СФО наметились положительные тенденции в сравнении с 2018 годом:

- общее число пациентов с наркологическими расстройствами, снятых с диспансерного наблюдения в наркологических диспансерах и подразделениях наркологической службы СФО в связи со смертью, снизилось на 7,7%.

- число пациентов с психотическими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, снятых с диспансерного наблюдения в связи со смертью, снизилось на 18,7%.

- число пациентов с синдромом зависимости от наркотиков, снятых с диспансерного наблюдения в связи со смертью, снизилось на 12,4%, в том числе в связи со смертью от передозировки наркотиков на 51%.

- число пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, снятых с диспансерного наблюдения в связи со смертью, снизилось на 5,5%.

- по предварительным данным региональных управлений Росстата за 12 мес.2019 года в СФО отмечается снижение числа умерших от всех причин смерти, обусловленных наркотиками, на 21%, обусловленных алкоголем, на 27,4%.

Таблица 1.

Данные мониторинга смертности среди пациентов с наркологическими расстройствами в СФО за 2018-2019гг.

Наименование субъекта Российской Федерации: Сибирский федеральный округ Отчетный период: 2018-2019гг**. Население (по состоянию на начало года):** 17 174 013 чел.

№	Показатель	2018		2019		Δ с предыдущим периодом	
		абс.знач.	%	абс.знач.	%	абс.знач.	%
1	Коэффициент смертности от алкоголизма (на 100 тыс.населения) (по данным Росстата)	3442	21,96	2283	15,95	- 1159	- 27,4
2	Коэффициент смертности от наркомании (на 100 тыс.населения) (по данным Росстата)	416	1,9	276	1,5	- 140	- 21,05
3	Число пациентов с наркологическими расстройствами, снятых с диспансерного наблюдения в связи со смертью	3691	3,78	3450	3,49	- 241	- 7,7
4	Число пациентов с синдромом зависимости от алкоголя (не включая алкогольные психозы), снятых с диспансерного наблюдения в связи со	2850	4,03	2740	3,81	- 110	- 5,5

	смертью						
5	Число пациентов с психотическими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, снятых с диспансерного наблюдения в связи со смертью	120	2,78	109	2,26	- 11	- 18,7
6	Число пациентов с синдромом зависимости от наркотиков, снятых с диспансерного наблюдения в связи со смертью, из их числа:	717	1,86	597	1,63	- 120	- 12,4
6.1	в связи со смертью по психическому заболеванию						
6.2	в связи со смертью от острого отравления/передозировки наркотиков	76	0,49	55	0,24	- 21	- 51,0
6.3	в связи со смертью от самоубийства	27	0,35	19	0,64	- 8	> в 1,8 р
6.4	в связи со смертью от несчастных случаев	36	0,47	38	1,1	+ 2	> в 2,3 р
6.5	в связи со смертью от других причин	431	10,19	386	9,23	- 45	- 9,4
6.6	в связи со смертью по неизвестным причинам	142	1,74	99	1,77	- 43	+ 1,7
7	Число пациентов с синдромом зависимости от ненаркотических психоактивных веществ, снятых с диспансерного наблюдения в связи со смертью	4	1,03	4	1,35	-	+ 31,1
8	Число пациентов с алкоголизмом, выбывших из стационара в связи со смертью	64	0,11	64	0,14	-	+ 27,3
9	Число пациентов с наркоманией, выбывших из стационара в связи со смертью	2	0,02	5	0,04	+ 3	> в 2 р
10	Обеспеченность врачами психиатрами-наркологами	394	0,25	404	0,25	+ 10	на уровне

	медицинских организаций амбулаторно-поликлинического звена (на 10.000 населения)						
11	Укомплектованность штатных должностей психиатров-наркологов медицинских организаций амбулаторно-поликлинического звена (соотношение штатных и занятых должностей в %)		78,23		74,79	-	- 4,6
12	Обеспеченность врачами психиатрами-наркологами стационаров субъекта (на 10.000 населения)	177	0,1	171	0,1	- 6	на уровне
13	Укомплектованность штатных должностей врачей психиатров-наркологов в стационарах (соотношение штатных и занятых должностей в %)		80,05		72,52	-	- 9,4

предварительные сведения по данным Росстата субъекта СФО за 2019г. представлены: республика Алтай, Кемеровская, Новосибирская, Омская и Томская области.

предварительные сведения за 11 месяцев по данным Росстата субъекта СФО представлены: республика Тыва.

не представлены сведения следующими субъектами СФО: республика Хакасия, Алтайский край, Красноярский край и Иркутская область.

Заключение.

1. Положительные тенденции:

1.1. Общее число пациентов с наркологическими расстройствами, снятых с диспансерного наблюдения в наркологических диспансерах и подразделениях наркологической службы СФО в связи со смертью, снизилось на 7,7 %.

1.2. Число пациентов с психотическими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, снятых с диспансерного наблюдения в связи со смертью, снизилось на 18,7%.

1.3. Число пациентов с синдромом зависимости от наркотиков, снятых с диспансерного наблюдения в связи со смертью, снизилось на 12,4 %, в том числе в связи со смертью от передозировки наркотиков на 51%.

1.4. Число пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, снятых с диспансерного наблюдения в связи со смертью, снизилось на 5,5 %.

1.5. По предварительным данным региональных управлений Росстата за 12 мес.2019 года в СФО отмечается снижение числа умерших от всех причин смерти, обусловленных наркотиками, на 21 %, обусловленных алкоголем, на 27,4 %.

1.6. Относительно стабильная ситуация наблюдается с обеспеченностью штатными должностями врачей психиатров-наркологов амбулаторно-поликлинического звена и стационаров субъектов СФО.

2. Сохраняющиеся проблемы:

2.1. За 12 мес.2019 года в СФО отмечен рост числа пациентов с синдромом зависимости от ненаркотических психоактивных веществ, снятых с диспансерного наблюдения в связи со смертью, на 31,1 %.

2.2. Отмечен рост числа пациентов, с синдромом зависимости от наркотиков, снятых с диспансерного наблюдения в связи со смертью от самоубийства, в целом по СФО в 1,8 раза и в 2,3 раза в связи со смертью от несчастных случаев.

2.3. Число пациентов с алкоголизмом, выбывших из стационаров субъектов СФО в связи со смертью, увеличилось на 27,3 %, с наркоманией – в 2 раза.

2.2. Практически во всех субъектах СФО в наркологических диспансерах и подразделениях наркологической службы в различной степени ухудшается ситуация с кадровым обеспечением: укомплектованность штатными должностями врачей психиатров-наркологов в стационарах уменьшилась на 9,4%, в медицинских организациях амбулаторно-поликлинического звена – на 4,4%.

3. Пути решения:

3.1. Активизация профилактической антиалкогольной и антинаркотической работы с участием специалистов наркологических служб среди населения всех субъектов СФО, в т.ч. за счет реализации региональных программ профилактики немедицинского потребления ПАВ (дорожные карты).

3.2. Проведение анализа причин смертельных исходов от наркологических расстройств и принятие дополнительных мер профилактического характера, направленных на пропаганду здорового образа жизни.

3.3. Внедрение обучающих программ для специалистов ведомств, являющихся субъектами профилактики, и медицинских работников первичной сети по раннему выявлению и профилактики злоупотребления ПАВ.

3.4. Повышение качества диспансерного наблюдения пациентов с наркологическими расстройствами за счет соблюдения Порядка и Стандартов

(Клинических рекомендаций) оказания наркологической помощи специалистами наркологических диспансеров и подразделений наркологической службы СФО.

3.3. Улучшение кадрового обеспечения региональных наркологических служб в СФО.

3.4. Улучшение взаимодействия специалистов наркологических служб в регионах СФО для своевременного получения достоверной информации о состоянии здоровья (смерти) пациентов, состоящих на диспансерном наркологическом учете, с соматической сетью, правоохранительными органами и др.

3.5. Улучшение финансирования с целью приобретения необходимого оборудования для потребностей региональных наркологических служб бюджетами субъектов СФО и за счет федерального бюджета.

3.6. Улучшение материальной базы подразделений наркологических служб субъектов СФО.

3.8. Рекомендовать субъектам СФО, в которых отмечается рост показателей смертности от отравлений/передозировок наркотических средств, реализовывать проекты по профилактике передозировок наркотических средств опийного ряда среди потребителей наркотиков.

Таблица 2.

Данные мониторинга смертности среди пациентов с наркологическими расстройствами в СФО за I полугодие 2019г. – I полугодие 2020гг.

Наименование субъекта Российской Федерации: Сибирский федеральный округ.

Отчетный период: I полугодие 2020г.

Население (по состоянию на начало года): 17 149 508 чел.

№	Показатель	I полугодие 2019г.		I полугодие 2020г.		Δ с предыдущим периодом	
		абс.знач.	%	абс.знач.	%	абс.знач.	%
1	Число умерших от всех причин смерти, обусловленных алкоголем (на 100 тыс.населения) (по данным Росстата)	1565	9,0	1354	7,8	-211	-13,3
2	Число умерших от всех причин смерти, обусловленных наркотиками (на 100 тыс.населения) (по	162	0,9	157	0,9	-5	на уровне

	данным Росстата)						
3	Число пациентов с наркологическими расстройствами, снятых с диспансерного наблюдения в связи со смертью	1527	0,8	1400	0,8	-127	на уровне
4	Число пациентов с синдромом зависимости от алкоголя (не включая алкогольные психозы), снятых с диспансерного наблюдения в связи со смертью	1171	1,0	1061	0,9	-110	-10,0
5	Число пациентов с психотическими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, снятых с диспансерного наблюдения в связи со смертью	32	0,6	40	2,2	+8	> в 3,7 р.
6	Число пациентов с синдромом зависимости от наркотиков, снятых с диспансерного наблюдения в связи со смертью, из их числа:	323	0,8	286	0,8	-37	на уровне
6.1	в связи со смертью по психическому заболеванию						
6.2	в связи со смертью от острого отравления/передозировки наркотиков	30	0,2	26	0,4	-4	> в 2 р.
6.3	в связи со смертью от самоубийства	11	0,11	5	0,1	-6	-9,1
6.4	в связи со смертью от несчастных случаев	22	0,2	14	0,03	-8	< в 6,7 р.
6.5	в связи со смертью от других причин	169	0,4	169	1,3		> в 3,2 р.
6.6	в связи со смертью по неизвестным причинам	91	1,7	72	0,6	-19	< в 2,8 р.
7	Число пациентов с синдромом зависимости от ненаркотических психоактивных веществ, снятых с диспансерного наблюдения в связи со смертью	1	25,0	13	4,45	+12	< в 7,5 р.

8	Число пациентов с алкоголизмом, выбывших из стационара в связи со смертью	28	0,2	35	0,4	+7	> в 2 р.
9	Число пациентов с наркоманией, выбывших из стационара в связи со смертью	2	0,4			-2	-
10	Обеспеченность врачами психиатрами-наркологами медицинских организаций амбулаторно-поликлинического звена (на 10.000 населения)	384	0,2	396	0,2	+12	на уровне
11	Укомплектованность штатных должностей психиатров-наркологов медицинских организаций амбулаторно-поликлинического звена (соотношение штатных и занятых должностей в %)		78,6		70,9		-9,8
12	Обеспеченность врачами психиатрами-наркологами стационаров субъекта (на 10.000 населения)	173	0,1	164	0,1	-9	на уровне
13	Укомплектованность штатных должностей врачей психиатров-наркологов в стационарах (соотношение штатных и занятых должностей в %)		77,8		72,0		-7,4

предварительные сведения по данным Росстата субъекта СФО за I полугодие 2020г. представлены: предварительные сведения за 2 месяца по данным Росстата субъекта СФО представлены: не представлены сведения следующими субъектами СФО:

Заключение.

1. Положительные тенденции:

1.1. По предварительным данным региональных управлений Росстата в первом полугодии 2020 года в СФО отмечается снижение числа умерших от всех причин смерти, обусловленных алкоголем, на 13,3 %. Число умерших от всех причин смерти, обусловленных наркотиками, осталось на уровне 2019 года.

1.2. Общее число пациентов с наркологическими расстройствами, снятых с диспансерного наблюдения в связи со смертью в первом полугодии 2020 года в СФО, а также число пациентов с синдромом зависимости от наркотиков, снятых с диспансерного наблюдения в связи со смертью, соответствует аналогичному периоду 2019 года.

1.3. Число пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, снятых с диспансерного наблюдения в наркологических диспансерах и подразделениях наркологической службы СФО в связи со смертью, снизилось на 10 %.

1.4. Число пациентов с синдромом зависимости от ненаркотических психоактивных веществ, снятых с диспансерного наблюдения в связи со смертью, уменьшилось в 7,5 раз.

1.5. Относительно стабильная ситуация наблюдается с обеспеченностью врачами психиатрами-наркологами в амбулаторно-поликлиническом звене и стационарах субъектов СФО.

2. Сохраняющиеся проблемы:

2.1. В первом полугодии 2020 года в СФО отмечен рост в 3,7 раза числа пациентов с психотическими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, снятых с диспансерного наблюдения в связи со смертью.

2.2. Число пациентов с алкоголизмом, выбывших из стационара в связи со смертью, увеличилось в 2 раза.

2.3. Практически во всех субъектах СФО в наркологических диспансерах и подразделениях наркологической службы в различной степени ухудшается ситуация с кадровым обеспечением: укомплектованность штатными должностями врачей психиатров-наркологов в стационарах уменьшилась на 7,4 % и в медицинских организациях амбулаторно-поликлинического звена - на 9,8%.

3. Пути решения:

3.1. Активизация профилактической антиалкогольной и антинаркотической работы с участием специалистов наркологической службы среди населения всех субъектов СФО, в т.ч. за счет реализации региональных программ профилактики немедицинского потребления ПАВ (дорожные карты).

3.2. Проведение анализа причин смертельных исходов от наркологических расстройств и принятие дополнительных мер профилактического характера, направленных на пропаганду здорового образа жизни.

3.3. Внедрение обучающих программ для специалистов ведомств, являющихся субъектами профилактики, и медицинских работников первичного звена по раннему выявлению и профилактики злоупотребления ПАВ.

3.4. Повышение качества диспансерного наблюдения пациентов с наркологическими расстройствами за счет соблюдения Порядка и Стандартов (Клинических рекомендаций) оказания наркологической помощи специалистами наркологических диспансеров и подразделений наркологической службы СФО.

3.5. Улучшение кадрового обеспечения региональных наркологических подразделений в СФО.

3.6. Улучшение взаимодействия специалистов наркологической службы в регионах СФО для своевременного получения достоверной информации о состоянии здоровья (смерти) пациентов, состоящих на диспансерном наркологическом учете, с соматической сетью, правоохранительными органами и др.

3.7. Улучшение материальной базы подразделений наркологической службы субъектов СФО.

3.8. Рекомендовать субъектам СФО, в которых отмечается рост показателей смертности от отравлений/передозировок наркотических средств, реализовывать проекты по профилактике передозировок наркотических средств опийного ряда среди потребителей наркотиков.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВОСПИТАТЕЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ

А.П. Сиденкова, Л.Т. Баранская, Е.И. Бабушкина,
А.А. Прокопьев, А.А. Мурзакаев
ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Екатеринбург

Аннотация. В данной статье описаны основные цели воспитательно-педагогической деятельности в современном медицинском вузе. Указано, что основными задачами системы воспитания в условиях пандемии являются направленность на развитие личности врача, формирование его высокой субъектной активности.

Ключевые слова: воспитательная работа, медицинский вуз, субъектная активность, пандемия

TOPICAL ISSUES OF EDUCATIONAL AND PEDAGOGICAL WORK IN A MEDICAL UNIVERSITY IN A PANDEMIC

A. P. Sidinkova, L. T. Marshall, E. I. Babushkina,
A. A. Prokopiev, A. A. Murzakaev

Ural state medical University of the Ministry of health of Russia, Yekaterinburg

Abstract. This article describes the main goals of educational and pedagogical activities in a modern medical university. It is indicated that the main tasks of the education system in a pandemic are focusing on the development of the doctor's personality, the formation of his high subjective activity.

Key words: educational work, medical school, subject activity, pandemic

Современные социальные, демографические, историко-культуральные, экологические проблемы носят характер глобального антропологического кризиса, преодоление которого определяет появление новой культуры человечества, этологическими требованиями к которой является наличие определенных личностных особенностей. Формированию новой структуры личности с особой системой отношений к себе, окружающему миру, выбору референтной группы способствует система воспитания, реализуемая на разных этапах жизни человека, в том числе в период получения им профессионального образования и дальнейшего усовершенствования его. При этом соблюдается основной герменевтический дискурс понятия «воспитание» как процесса целенаправленного формирования личности в целях подготовки ее к участию в общественной и культурной жизни в соответствии с социокультурными нормативными моделями. Современная социальная ситуация, обусловленная макросоциальным стрессором, детерминированным пандемией короновирусной инфекции 2019-nCov, актуализировала вопросы воспитательно-педагогического характера в медицинских вузах и вывело эти вопросы из русла узко педагогических задач в поле формирования новой санитарной культуры в социуме с одной стороны, и формированием нового ответственного отношения не только к собственному здоровью, но и к здоровью окружающих.

Цели воспитания - ожидаемые изменения в человеке, осуществленные под воздействием специально подготовленных и планомерно проведённых воспитательных мер, реализация которых должна иметь четкую цель, построение модели конечного (для данного социо-культурального и онтогенетического периодов) результата, с потенциалом дальнейшей динамики. Это определяет роль системы высшего образования в преодолении кризисных явлений: формирование новой генерации специалистов с высоким уровнем общей, профессиональной и санитарной культуры, глобальным мышлением и высоконравственным сознанием, способных практически осуществлять идеи коэволюции природы и общества. Особую миссию при этом несут вузы,

готовящие медицинские кадры. Задачами системы воспитания являются направленность на развитие личности врача, обладающего высоким уровнем общей, профессиональной и гуманистической культуры, способного активно влиять на социум. Понятие воспитание неотделимо от понятий образование и профессионализация, оно коррелирует со значениями функций умения (знание, навык), планирования (организация, контроль) и т.д. В учебных заведениях взаимосвязь этих функций позволяет формировать методическое обеспечение в зависимости от специализации.

Изолированная постановка вопроса о воспитательной работе на ФПК является недостаточной, для ее эффективности и действительном выполнении ее целей необходим комплекс мер, реализуемых на протяжении всего процесса обучения в ВУЗе.

Непрерывность профессионального образовательного процесса дает возможность динамически модифицировать содержание воспитания, позволяя выстраивать его на основе комплексной модели, включающей в себя ценности, цели, методы, формы, средства, психолого-педагогический (механизмов освоения студентами и курсантами ФПК ценностей), менеджмент элементов воспитательной структуры и финансовое обеспечение.

Высокая эффективность воспитания студентов и курсантов в медицинском ВУЗе предполагает, что организация воспитания есть открытая система, управляемая гуманистическими целевыми установками, социальным заказом и личными, нравственно детерминированными интенциями воспитателей. Система воспитания накапливает культурные, организационно-технические, интеллектуальные и прочие ресурсы, обеспечивающие гуманитарную направленность воспитательного процесса на основе интеграции предметного, психолого-педагогического, нравственно-эстетического и философского знания. Для достижения таких комплексных целей необходимо глубокое взаимодействие всех сфер личности преподавателя, поэтому в систему подготовки преподавателей медицинских ВУЗов необходимо включать блок специальных дисциплин морально-этической, социально-психологической направленности. Необходимо на всех этапах взаимодействия со студентами и курсантами формировать престиж профессии, стремление к непрерывному личностному росту, социально-активную позицию с пониманием их социально-личностных целей в каждый отдельный период жизни.

Менеджмент качества воспитания, безусловно, различен при реализации воспитательных программ среди студентов и среди уже состоявшихся врачей. Оценка качества воспитательной работы включает в себя адекватный мониторинг особенностей личностного роста студентов:

- уровень психологической и общегуманистической культуры.
- понимание ценности здоровья и человеческой жизни.
- сформированность экзистенциальных ценностей и установок.
- умение планирования и организации собственной жизнедеятельности, лежащих в основе осмысленности жизни и др..
- сформированность способности к осуществлению нравственного поведения - способность совершить поступок.
- сформированность гармонично развитых личностных качеств.

Мониторинг данных качеств, вероятно, позволит своевременно и адресно осуществлять коррекцию воспитательного процесса и оптимизировать процессы социализации-индивидуализации студента.

Менеджмент качества воспитательной работы ФПК, с учетом уже имеющихся личностных особенностей врачей, может быть ориентирован на оценку динамики в процессе воспитательного воздействия уровня эмоциональной и социальной компетентности, личностной зрелости, престижа профессии, стремления к личностному росту, осознания возрастных онтогенетических социальных задач развития и стремления к их реализации.

В рамках современного инновационного обучения, имеющего опережающий характер, работающее на будущее, происходит формированию личности нового типа, ориентированной на непрерывное саморазвитие, прогресс общества и приоритет универсальных ценностей, способной не только адаптироваться к быстроменяющимся цивилизационным условиям, но и своей деятельностью обеспечить дальнейшее устойчивое развитие общества. Это образование посредством воспитательной работы должно обучать активному участию в формировании новой культуры общества, нацеленной на становление новых отношений между обществом и индивидом. Оно должно формировать социально-профессиональную мобильность, отвечая современному социальному запросу: создание условий для саморазвития личности субъекта воспитания, с переходом от субъект-объектной модели воспитания к субъект-субъектной модели этого процесса.

ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ

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

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово.

Аннотация. В статье рассмотрены основные проблемы пациентов с психическими расстройствами во время эпидемии COVID–19. Приведен обзор предлагаемых неотложных и профилактических организационно-лечебных мероприятий, даются практические рекомендации оказанию психолого-психотерапевтической поддержки наиболее уязвимым группам населения, включая медицинский персонал, работающий с больными COVID-19.

Ключевые слова: коронавирус, COVID-19, SARS, психологический дистресс, психически больные, инфекция, инфекционный психоз.

MENTAL HEALTH PROBLEM IN THE CONTEXT OF A PANDEMIC

A. M. Seledtsov, G.W.Akimenko, Yu. Y.Kirina

Of the Kemerovo state medical University Ministry of health of Russia, Kemerovo, Russia.

Abstract. The article discusses the main problems of patients with mental disorders during the COVID-19 epidemic. An overview of the proposed urgent and preventive organizational and therapeutic measures is given, and practical recommendations are given for providing psychological and psychotherapeutic support to the most vulnerable groups of the population, including medical personnel working with COVID-19 patients.

Key words: coronavirus, COVID-19, SARS, psychological distress, mentally ill, infection, infectious psychosis.

Объявленная в мире пандемия COVID-19, ухудшение эпидемической обстановки в России, введение режима самоизоляции, нарастание страха в обществе на фоне панических слухов и дезинформации, распространяемых в социальных сетях и средствах массовой информации, вызывают беспокойство как за судьбы людей, страдающих психическими заболеваниями, так и за граждан более 180 стран мира, переживающих массовое распространение коронавируса.

Карантин – это вынужденная мера, которая значительно ухудшила качество жизни и оказала негативное воздействие на психику людей. В

условиях пандемии возросла не только угроза для физического здоровья, но и для психического благополучия населения стран с высоким уровнем распространения вирусной инфекции.

Пандемия COVID-19 представляет собой тройную глобальную проблему общественного психического здоровья: предотвратить связанный с этим рост психических расстройств и снижение психического благополучия среди населения защитить людей с психическими расстройствами от COVID-19 и связанных с ними последствий, учитывая их повышенную уязвимость. обеспечить соответствующие государственные мероприятия в области психического здоровья для медицинских работников и лиц, осуществляющих уход.

Исследования, затрагивающие вопросы психического здоровья в условиях пандемии коронавирусной инфекции 2019-2020 гг., пока остаются единичным явлением среди публикаций в специализированных медицинских журналах. Китайские ученые первыми провели масштабное исследование, посвященное психологическому дистрессу, связанному начавшейся в стране в 2019 г. пандемией. Основой для исследования стал опросник для самостоятельного заполнения. Сбор данных начался 31 января 2020 г. сразу после того, как Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) официально признала вспышку нового коронавируса чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение.

А в апрельском номере журнала «Ланцет. Психиатрия» (Lancet Psychiatry) опубликованы результаты изысканий ученых Лондонского Королевского колледжа о влиянии COVID-19 на психическое здоровье нации Статья позволяет составить общее представление о спектре проблем в данной области. Британские ученые, установили, что у каждого четвертого пациента отделения интенсивной терапии был зафиксирован делирий (психическое расстройство, характеризующееся помрачением сознания, нарушением внимания, восприятия, мышления и эмоций) [6]. Это состояние опасно тем, что может увеличить риск смерти, самоубийства или продлить время пребывания в больнице, отсрочивая возвращение к нормальной жизни.

В настоящее время (по состоянию на 1.08.2020 г.) данные исследования являются первыми в своем роде и позволяют получить представление о психиатрических последствиях масштабного распространения новых коронавирусных инфекций. Как утверждают М. Крокетт, А. Каппес, К. Риверс, Е.Мартин, К. Уотсон, Т. Инглсби и др., авторы публикаций в Европе, Америке, Китае, люди, заболевшие COVID-19, могут испытывать психиатрические проблемы как во время госпитализации в ковид-центры, так и после

выздоровления. Данные выводы были сделаны с опорой на анализ результатов обследования пациентов переболевших коронавирусами за последние два десятилетия: SARS (тяжелый острый респираторный синдром) в 2002-2004 годах, MERS-CoV (ближневосточный респираторный синдром) в 2012 году, а также COVID-19.

Так, английские учёные проанализировали 72 работы, содержащих данные 3559 человек, госпитализированных с одним из трех заболеваний [5]. Период наблюдения за психическим состоянием обследуемых менялся от 60 дней до 12 лет. Уже опубликованные научные работы охватили почти весь возрастной диапазон испытуемых: от 12 до 78 лет [7]. Наблюдения проводились в Великобритании, Гонконге, Канаде, Китае, США, Франции, Японии и др. Анализ не охватывал респондентов с лёгкими и бессимптомными случаями заболевания коронавирусом.

В рамках проведенных исследований зафиксировано, что иногда при тяжелых и затяжных инфекциях могут наблюдаться острые и преходящие в психопатологические расстройства: варианты галлюцинаций, иллюзий, бреда, другие нарушения восприятия, психологический дистресС.В период пандемии резко увеличилась доля участников события, испивающих легкий и умеренный стресС. (риС.1.)

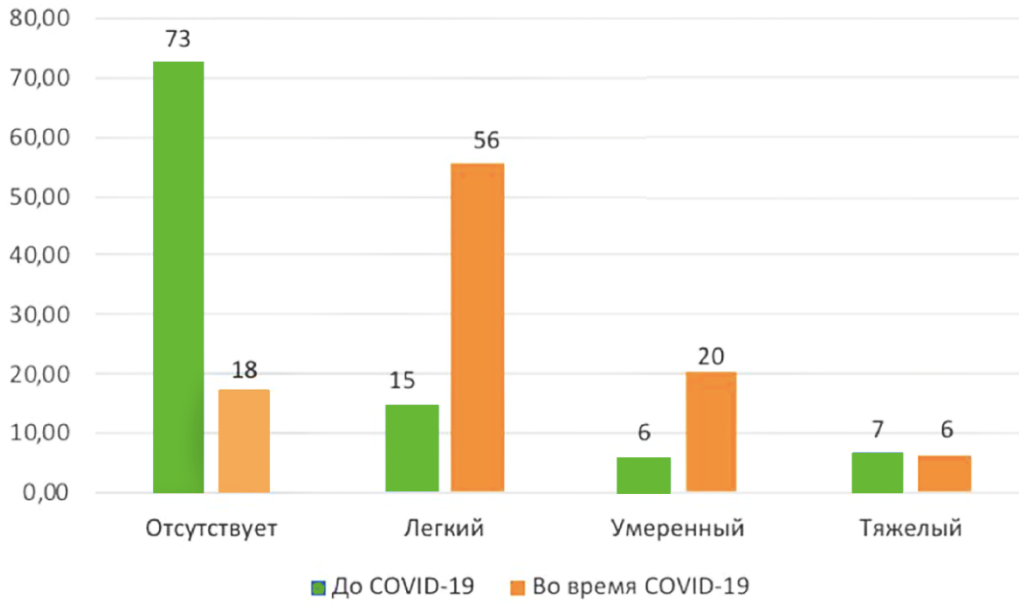


Рис.1. Психологический дистресс до и во время COVID-19,%.

Как правило, такие сбои в работе психики быстро проходят и после выздоровления больных бесследно исчезают, однако, в некоторых случаях инфекция может нанести органический вред центральной нервной системе

(ЦНС), из-за чего психические и невралгические нарушения могут стать хроническими.

Расстройства восприятия при COVID-19 могут происходить потому, что коронавирус взаимодействует с рецепторами АПФ-2 (белок, присутствующий во многих тканях организма), которые есть не только в легких, но и в ЦНС.

Одной из основных причин психических нарушений при коронавирусе является интоксикация. Так бывает не только при пандемии, но и при любом другом тяжелом инфекционном заболевании. Неслучайно, например, говорят, что «он ходит, как чумной». Сильная интоксикация часто сопровождается инфекционным психозом - угнетением сознания, бредовыми переживания и галлюцинациями. В данном случае, на наш взгляд, действует тот же механизм, что и во время алкогольного отравления, когда у человека развивается «белая горячка». Воспалительные процессы, геморрагические очаги и их последствия нарушают деятельность корковых отделов и/или подкорковых структур. В зависимости от интенсивности поражения, степени изменения корково-подкорковых взаимодействий инфекционный психоз проявляется острым психомоторным возбуждением или заторможенностью, дезориентацией, помрачением сознания, продуктивной психопатологией (галлюцинациями, бредом и др.).

Кроме того, у пациентов с коронавирусом не редко фиксировалась легочная недостаточность, которая в свою очередь приводила к развитию кислородного голодания. На этом фоне так же могут возникать различные психические расстройства. На наш взгляд, в настоящее время этот феномен изучен недостаточно.

Известен и тот факт, что на фоне утраты социальных и культурных ориентиров люди, для которых свойственны высокая ответственность, перфекционизм, могут достигнуть порога т.н. «перегрева системы». Установлено, если современного человека, спешащего, компульсивного, занятого идеями успеха и гиперпотребления, поставить в обстоятельства, например, вынужденного карантина и самоизоляции от общества, в условиях которых он не сможет сбрасывать энергию, то возникает опасность включения организмом «экстренного торможения». Такое состояние характеризуется максимальной степенью проявления тревоги - генерализованным тревожным расстройством, которое проявляется в потере способности здраво мыслить. непродуктивном истощении и неконтролируемых компульсивных действиях.

Эксперты отмечают, что больше всех от «коронавирусного кризиса» пострадают те, кто потерял близких людей, еще ранее имел проблемы с психическим здоровьем или был склонен к зависимостям: алкогольной,

наркотической и др. Помимо стрессовых реакций и расстройств адаптации могут появляться симптомы и более тяжелых психических нарушений, включая депрессию, тревожные расстройства, декомпенсации характерологических особенностей личности, появление сверхценных и индуцированных бредовых идей и даже острой психотической симптоматики и суицидов. Так как коронавирус действует на психику опосредованно, то в первую очередь страдают и люди с тревожно-мнительными расстройствами, так как их психика лабильна, и, как следствие, им тяжело адаптироваться к новым обстоятельствам болезни. Из-за психосоматики у таких людей может повышаться артериальное давления, а также появляться и усугубляться расстройство психики. Отечественные исследователи неоднократно указывали на высокую вероятность возникновения подобной симптоматики при социальном стрессе и в чрезвычайных ситуациях [1].

В рамках проведенных исследований экспертами установлено, что коронавирус способен напрямую атаковать нервные клетки. Негативное воздействие на ЦМС может оказать и вызванный инфекцией «иммунный шторм» (провокация реакций иммунной гиперчувствительности организма). Иными словами, главную опасность для таких пациентов представляет не вирус, а чрезмерная реакция их организма, и закончиться все это может смертью. «Цитокиновый шторм» настигает людей любого возраста, однако некоторые ученые считают, что именно этот феномен может объяснить, почему среди жертв эпидемий «испанки», атипичной пневмонии и COVID-19 так много молодых и здоровых людей. А поражение лёгких может привести к нехватке кислорода в крови, что, в свою очередь, так же имеет пагубные последствия для психики человека. В условиях эпидемии, люди с психическими расстройствами, как правило, более подвержены инфекциям так как их болезнь может повышать риск развития инфекционных заболеваний, в том числе пневмонии [4]. Образуется «замкнутый круг». Зафиксировано, что люди с психическими отклонениями чаще проявляли эмоциональные отклики на эпидемию COVID-19, проявляющиеся в рецидивах уже имеющихся психических расстройств или в ухудшении соматического состояния, в силу более высокой в сравнении с другими людьми чувствительности к стрессу.

В числе наиболее частых поражений ЦНС вирусами, которые описаны в работах китайских и британских учёных, - менингит, энцефалит, острое нарушение мозгового кровообращения. Если говорить о симптомах то, это нарушение сознания, эпилептические припадки, головная боль, головокружение и другие выраженные нарушения сознания. . В этом направлении срабатывают и чисто психологические эффекты. Например,

известно, что любое заболевание с потенциально смертельным недугом нередко провоцирует панические атаки.

Что касается долгосрочных эффектов COVID-19, то они по понятным причинам еще не известны. Однако ущерб для психического здоровья на фоне пандемии COVID-19 может стать серьезнее, чем последствия самой болезни. Такое предположение высказали исследователи из Пекинского университета [7].

В рамках исследований, проведенных в XXI в., медиков интересовали психические симптомы как во время заболевания, так и после него. Средний период наблюдения составлял почти три года. Установлено, что почти у каждого третьего человека, госпитализированного с SARS-Cov или MERS-CoV, развился посттравматический синдром, Показатели депрессии и тревоги также были высокими: примерно 17% человек страдали от депрессии через год после выписки или дольше, еще более 15% испытывали некоторые симптомы депрессии и тревоги без клинического диагноза. Около 25% также испытывали хроническую усталость, перепады настроения, нарушения сна, концентрации и памяти [3].

Больше всего кризис, вызванный коронавирусом, ударил по здоровью «миллениалов». Согласно данным американской компании NRC Health, аккумулирующей статистику в сфере здравоохранения, от депрессии и тревожности во времена пандемии больше всего страдают «миллениалы» (люди, родившиеся между 1981 и 1996 годами) и «поколение Z» (представители которого родились в 1997 году или позже). И те, и другие чаще утверждают, что их психическое здоровье «значительно ухудшилось». Драматизм ситуации заключается в том, что у «миллениалов» с душевным здоровьем и так существуют проблемы: с 2013 года именно им все чаще ставят диагноз большого депрессивного расстройства. За последние шесть лет рост на 47 процентов [4]. «Миллениалы» считаются и самым одиноким поколением. Поэтому на этом фоне вынужденное социальное дистанцирование для них оказалось особенно тяжелым.

В двенадцати исследованиях, посвящённых COVID-19, сообщается о психических нарушениях в острой фазе течения болезни. У 65% пациентов отделения интенсивной терапии возникала спутанность сознания, у 69% - лихорадочное возбуждение и у 21% - изменённые состояния сознания. Но эти симптомы отступали, как только больным становилось лучше [4]. Вместе с тем, в период от шести до 39 месяцев после выписки из больницы 11% обследованных жаловались на подавленность, 12% - на тревожность, 13% - на раздражительность, 19% - на ухудшение памяти, 30% - на навязчивые

травмирующие воспоминания и 12% - на бессонницу. В целом, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) было зафиксировано у 33% пациентов, а депрессия и тревожные расстройства - у 15%. [1]. Однако, британские учёные предупреждают, что эти пугающие цифры могут быть завышены так как не все проанализированные ими исследования были выполнены достаточно тщательно. Вероятно, люди, страдающие от мучительных симптомов, имели больше шансов попасть в поле зрения учёных, чем сохранившие душевную гармонию. И, если заражение SARS-CoV-2 происходит аналогично SARS-CoV или MERS-CoV, то большинство пациентов должны выздоравливать без серьезных психических расстройств, требующих госпитализации.

Однако, если коронавирус является чем-то вроде атипичной пневмонии, этот процент может быть значительно выше среди инфицированных вирусом. У ряда людей, которые были госпитализированы с ОРВИ в 2003 году, позже развился ПТСР. Четырехлетнее последующее исследование 70 выживших после ОРВИ показало, что у 44% людей развилось расстройство психики. Даже после выздоровления от атипичной пневмонии 82% этих людей спустя годы перенесли ПТСР. Симптомы ПТСР, как правило, были более тяжелыми у людей с высоким риском смертности, низкой социальной поддержкой и близкими родственниками, страдавшими или умершими от ОРВИ [8].

Вместе с тем, SARS-CoV-2 могут вызвать бред у значительной части больных в острой стадии. Кроме того, клиницисты должны знать о риске депрессии, беспокойства, усталости, посттравматического стрессового расстройства и более редких нервно-психических синдромов в долгосрочной перспективе. Думается, что психическое состояние выздоровевших от COVID-19 пациентов необходимо отслеживать, чтобы при необходимости оказать им помощь.

В ходе исследования был также определен ряд факторов риска развития ПТСР, вероятность которого зависит от тяжести и длительности травматической ситуации, а также от того, каким образом она переживается. Если говорить о медицинских работниках, то результаты недавнего исследования китайских психиатров говорят том, что в конце января – начале февраля 2020 года врачи и медсестры, работавшие с пациентами с COVID-19, сообщали о симптоматике депрессии (50,4%), тревоги (44,6%), нарушениях сна (34%) и дистрессе (71,5%) [2]. Большая интенсивность симптоматики была обнаружена: у женщин по сравнению с мужчинами. у медсестер по сравнению с другими категориями медицинских работников. у лиц, находящихся в непосредственном контакте с пациентами, по сравнению с другими

медицинскими работниками. у лиц, работающих в Ухани, по сравнению с медицинскими работниками, занятыми в других районах.

Исследования других эпидемий в Китае свидетельствуют о том, что основными переживаниями при дистрессе были: чувство уязвимости, утраты контроля, беспокойство о собственном здоровье, страх заразить других, беспокойство о здоровье близких, изменения привычного рабочего уклада и изоляция. Таким образом, в условиях пандемии люди, как и в случае физической угрозы, в первую очередь, переживают тревогу, страх, ужас, панику т.е. разные варианты эмоции «страха».

Опыт разных стран показывает, что в ситуации с COVID-19 имеет место и моральная травматизация медицинских работников, которая главным образом связана с неспособностью оказать помощь пациентам в условиях ограниченных ресурсов и беспомощностью от попыток лечить болезнь, про которую почти ничего не известно. С другой стороны, сами медицинские работники во многих странах ощущают себя преданными системой здравоохранения и государством из-за недостатка заботы об их безопасности.

Таким образом, современная ситуация пандемии имеет ряд особенностей, которые позволяют говорить о ней как о глобальном травматическом стрессоре. В условиях COVID-19 можно выделить группы людей, которые испытывают наиболее интенсивную угрозу и психологический дистресС.Последствия этого дистресса мировое сообщество будет ощущать на себе еще как минимум годы и, вероятно, десятилетия.

Наиболее эффективными в процессе совладания со стрессом у людей во время эпидемии, могут быть психологическое самообразование или информирование, неформальная социальная поддержка, а также полная доступность психологической/психиатрической помощи.

Люди, перенесшие COVID-19, имеют повышенный риск стать пациентами психиатра. Психиатрическая отрасль должна подготовиться к наплыву лиц, жалующихся на депрессию, посттравматическое стрессовое расстройство и другие нарушения. Между тем период наблюдения за больными COVID-19 пока что еще слишком мал, чтобы делать окончательные выводы о влиянии вируса на ЦНС.

Литература / References

1. Островский. Д.И., Иванова Т.И. Влияние новой коронавирусной инфекции COVID-19 на психическое здоровье человека (Обзор литературы). //Омский психиатрический журнал. 2020. 2-1S (24): 4-10. doi:10.24411/2412-8805-2020-

10201. [Электронный ресурс]. – URL: https://www.mediasphera.ru/system. (дата обращения: 1.08.2020).
2. Падун, М.А. COVID-19: риски психической травматизации среди медицинских работников [Электронный ресурс]. – URL: http://www.ipras.ru/cntnt/rus/institut_p/covid-19/kommentarii-eksp/m-a-padun-covid-19-riski-psihich.html (дата обращения: 1.08.2020).
3. Пациенты и дистресс во время пандемии COVID–19 [Электронный ресурс]. – URL: https://psy-practice.com/publications/psikhicheskoe-zdorove/patsienty-i-distress- vo-vremya-pandemii-covid-19/ (дата обращения: 1.08.2020).
4. COVID-19 – международный дайджест. [Электронный ресурс]. – URL: https://medvestnik.ru/content/medarticles/COVID-19-mejdunarodnyi- daidjest.html. (дата обращения: 1.08.2020).
5. Masten A Obradović J Disaster preparation and recovery: lessons from research on resilience in human development.Ecol and Soc. 2008. 13: 9.
6. Li J., Zhang M., Zhao L., Li W., Mu J., Zhang Z. Evaluation of attitudes and knowledge toward mental disorders in a sample of the Chinese population using a web-based approach. BMC Psychiatry. 2018. 18: 367.
7. Seminog O.O., Goldacre M.J. Risk of pneumonia and pneumococcal disease in people with severe mental illness: English record linkage studies. Thorax. 2013. 68: 171–176.
8. Taylor, St. For the generation shaped by coronavirus, life may never fully return to ‘normal'. [Электронный ресурс]. – URL: https://www.theguardian.com (дата обращения: 2.08.2020).

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ И СОЦИАЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХПАНДЕМИИ COVID-19

А.А. Скипер, А.Л. Огарков
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В данной статье детально рассмотрены основные тенденции изменений в качественном составе пациентов ГБУЗ ККПБ. Проведен сравнительный анализ и выявлены особенности психических и поведенческих расстройств у различных возрастных и социальных групп населения в условиях пандемии COVID-19.

Ключевые слова: Пандемия COVID-19, психические и поведенческие расстройства.

FEATURES OF MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS IN VARIOUS AGE AND SOCIAL GROUPS IN CONDITIONS OF THE COVID-19 PANDEMIC

A.A. Skiper, A.L. Ogarkov

Of the Kemerovo state medical University Ministry of health of Russia, Kemerovo, Russia.

Abstract.this article describes in detail the main trends of changes in the qualitative composition of patients of GBUZ KKPB. A comparative analysis was carried out and the features of mental and behavioral disorders in various age and social groups of the population in the conditions of the COVID-19 pandemic were revealed.

Key words: COVID-19 pandemic, mental and behavioral disorders.

Введение. Идущая в настоящий момент пандемия COVID-19 является ситуацией, имеющей высокий стрессогенный потенциал за счет угрозы жизни и здоровью отдельных групп населения и тем самым вызывающей у большинства людей сильный страх за свою жизнь или за жизнь близких/знакомых [2, С.88]. Одним из многочисленных негативных последствий пандемии COVID-19 является «вторая эпидемия» негативных психологических эффектов [1, С.1].

Пациенты с психическими расстройствами представляются наиболее уязвимой категорией для воздействия агрессивной информационной среды и длительного режима самоизоляции, что может вызвать дистресс и привести к обострению состояния. Особенно уязвимыми категориями представляются пациенты с аффективными расстройствами, патологией личности, с тревожными и невротическими расстройствами и с хроническими психозами, включая шизофрению. Новый опыт со случаями COVID-19 в психиатрических стационарах Уханя в Китае и Сиены в Италии показывает, что инфекция распространяется с большей скоростью, чем в здоровой популяции [3, С.2].

Люди с психическими расстройствами могут быть значительно более подвержены эмоциональным откликам на эпидемию COVID–19, проявляющимся в рецидивах уже имеющихся психических расстройств или ухудшении состояния, в силу высокой чувствительности к стрессу в сравнении с общей популяцией. Наконец, многие люди с психическими расстройствами регулярно посещают амбулаторный приём в целях наблюдения и получения рецептов. Однако общенациональные предписания, касающиеся перемещения по стране и карантина, привели к тому, что эти регулярные посещения становятся всё более сложными и практически неосуществимыми. [4, С.1].

Изучение особенностей психических и поведенческих расстройств в период пандемии у разных социальных и возрастных групп населения, обуславливает необходимость поиска дифференцированных подходов к охране психического здоровья, а так же повышения эффективной профилактики и терапии.

Цель исследования. Выявить особенности психических расстройств у разных социальных и возрастных групп в период пандемии.

Материал и методы исследования. Объектом исследования являются группы, состоящие из 354 пациентов и 212 пациентов, находящихся на лечении в ГБУЗ ККПБ в 1 полугодии 2019 года и в 1 полугодии 2020 года соответственно.

Большинство в группах составляют лица в возрасте 30-39 и в возрасте 40-49 лет, по типу занятости большинство пациентов относится к категории «Инвалиды». Преобладающим заболеванием у исследуемых пациентов является шизофрения параноидная.

Таблица 1.

Распределение пациентов ГБУЗ ККПБ по возрасту в 1 полугодии 2019 года и в 1 полугодии 2020 года

Возраст пациентов	1 полугодие 2019 г.		1 полугодие 2020 г.	
	Абсолютное значение	%	Абсолютное значение	%
60 лет и старше	24	*6,8*	8	*3,8*
50-59 лет	35	*9,9*	20	*9,4*
40-49 лет	59	*16,7*	46	*21,7*
30-39 лет	83	*23,4*	65	*30,7*
20-29 лет	87	*24,6*	45	*21,2*
19 лет и младше	66	*18,6*	28	*13,2*
Итого	354		212	

В исследуемых группах населения выявлена тенденция снижения числа пациентов в 1 полугодии 2020 года по сравнению с аналогичным периодом 2019 года, что связано с четырнадцатидневной рабочей неделей.

Однако, в 1 полугодии 2019 года, так же как и в 1 полугодии 2020 года среди пациентов существует преобладание лиц в возрасте 30-39 лет (23,4% от общей численности в 1 полугодии 2019 года и 30,7% в 1 полугодии 2020 года). Значительную долю занимают лица в возрасте 40-49 лет (16,7% от общей численности в 1 полугодии 2019 года и 21,7% в 1 полугодии 2020 года), а так

же в возрасте 20-29 лет (24,6% от общей численности в 1 полугодии 2019 года и 21,2% в 1 полугодии 2020 года).

В 1 полугодии 2020 года по сравнению с аналогичным периодом 2019 года выявлены изменения по доле каждого возрастного интервала в общей численности пациентов.

Произошло снижение доли получателей в возрасте 60 лет и старше на 3,0%, в возрасте 50-59 лет на 0,5%, в возрасте 20-29 лет на 3,4%, в возрасте 19 лет и младше на 5,4%. А так же, произошло увеличение доли получателей в возрасте 40-49 лет на 5,0%, в возрасте 30-39 лет на 7,3%.

Таблица 2.

Распределение пациентов ГБУЗ ККПБ по занятости в 1 полугодии 2019 года и в 1 полугодии 2020 года

Тип занятости	**1 полугодие 2019 г.**		**1 полугодие 2020 г.**	
	Абсолютное значение	***%***	**Абсолютное значение**	***%***
Не работает	82	*23,2*	50	*23,6*
Инвалид	188	*53,1*	123	*58,0*
Студенты, школьники	45	*12,7*	21	*9,9*
Рабочие	28	*7,9*	14	*6,6*
Пенсионеры	11	*3,1*	4	*1,9*
Итого	354		212	

Большинство пациентов является инвалидами (53,1% от общей численности в 1 полугодии 2019 года и 58,0% в 1 полугодии 2020 года). Так же значительную долю занимают пациенты категории «Не работает» (23,2% от общей численности в 1 полугодии 2019 года и 23,6% в 1 полугодии 2020 года). Самую незначительную часть от общего числа занимают пациенты категории «Пенсионеры».

В 1 полугодии 2020 года по сравнению с аналогичным периодом 2019 года произошло увеличение доли пациентов категорий «Не работает» на 0,4%, «Инвалид» на 4,9%. А так же снижение доли пациентов категорий «Студенты, школьники» на 2,8%, «Рабочие» на 1,3%, «Пенсионеры» на 1,2%.

Таким образом, в период пандемии произошло снижение численности пациентов ГБУЗ ККПБ на 142 человека, что составляет *40,0%* показателя 2019 года. Так же изменился качественный состав с увеличением доли пациентов категории «Инвалиды» на *4,9%*.

Таблица 3.

Распределение пациентов ГБУЗ ККПБ по психическим расстройствам в 1 полугодии 2019 года и в 1 полугодии 2020 года

Нозология	**1 полугодие 2019 г.**		**1 полугодие 2020 г.**	
	Абсолютное значение	*%*	**Абсолютное значение**	*%*
Шизофрения параноидная	192	*54,5*	121	*57,1*
Биполярное расстройство личности	3	*0,8*	-	-
Аутизм	1	*0,3*	-	-
Шизоидное расстройство	7	*2,0*	5	*2,4*
Острое психомоторное возбуждение	1	*0,3*	3	*1,4*
Острое полиморфное расстройство	3	*0,8*	-	-
Хроническое бредовое расстройство	2	*0,6*	-	-
Эмоционально неустойчивое расстройство личности	1	*0,3*	-	-
Симптоматическая эпилепсия	2	*0,6*	-	-
Энцефалопатия смешанного генеза	3	*0,8*	2	*0,9*
Умственная отсталость	68	*19,2*	26	*12,3*
Депрессивный эпизод	12	*3,4*	10	*4,7*
Деменция	10	*2,8*	7	*3,3*
Органическое заболевание головного мозга	38	*10,7*	16	*7,5*
Расстройство личности	8	*2,3*	-	-
Органическое расстройство личности	3	*0,8*	16	*7,5*
Депрессивное расстройство с тревогой	-	-	2	*0,9*
Алкогольный галлюциноз	-	-	1	*0,5*
Алкогольный психоз	-	-	3	*1,4*
Итого	354		212	

Анализ структуры психических расстройств показал, что наибольший процент приходится на шизофрению параноидную (54,5% от общей численности в 1 полугодии 2019 года и 57,1% в 1 полугодии 2020 года).

В 1 полугодии 2020 года по сравнению с аналогичным периодом 2019 года произошло увеличение заболевших шизофренией параноидной на 2,6%, шизоидным расстройством на 0,4%, острым психомоторном возбуждением на 0,1%, энцефалопатией смешанного генеза на 0,1%, депрессивным эпизодом на 1,3%, деменцией на 0,5%, органическим расстройством личности на 6,7%. В 1 полугодии 2020 года по сравнению с аналогичным периодом 2019 года

произошло снижение заболевших умственной отсталостью на 6,9%, органическим заболеванием головного мозга на 3,2%.

Имевшие место в 1 полугодии 2019 года случаи заболевших биполярным расстройством личности, аутизмом, острым полиморфным расстройством, хроническим бредовым расстройством, эмоционально неустойчивым расстройством личности, симптоматической эпилепсией, расстройством личности, отсутствуют в 1 полугодии 2020 года.

Однако, в 1 полугодии 2020 года появились случаи депрессивного расстройства с тревогой, алкогольного галлюциноза, алкогольного психоза, не наблюдавшихся в аналогичном периоде 2019 года.

Выводы. Сравнительный анализ групп пациентов, находившихся на лечении в ГБУЗ ККПБ, показывает, что основная заболеваемость в период пандемии приходится на возраст 30-39 лет. Увеличиваются уровни распространенности и продолжительности инвалидности, утяжеляется ее структура, а преобладающая часть психически больных инвалидов не вовлечена в производственный труд. Так же выполненное исследование позволило определить увеличение числа пациентов с такими заболеваниями как шизофрения параноидная, шизоидное расстройство, острое психомоторное возбуждение, энцефалопатия смешанного генеза, депрессивный эпизод, деменция, органическое расстройство личности. А так же появление случаев депрессивного расстройства с тревогой, алкогольного галлюциноза, алкогольного психоза, не наблюдавшихся в прошлом году.

Возможной причиной увеличения заболеваний является пандемия. Информационный стресс в период пандемии напрямую связан с возникновением тревожных расстройств, а так же расстройств, связанных с употреблением ПАВ. Поскольку, COVID-19 представляет собой вирусную инфекцию с широким спектром клинических проявлений и разнообразным прогнозом, кроме того существуют данные о влиянии COVID-19 на центральную нервную систему, впоследствии инфекция наносит органический вред и приводит к хронизации психических заболеваний [5, С.1].

Литература / References

1. Мосолов, С.Н. Актуальные задачи психиатрической службы в связи с пандемией COVID-19// Современная терапия психических расстройств. - 2020. № 2.
2. Ениколопов, С.Н., Казьмина, О. Ю. Динамика психологических реакций на начальном этапе пандемии COVID-19 // Психологическая газета. -2020.

3. Сорокин, С.Ю. Психологические реакции населения как фактор адаптации к пандемии COVID-19 / С.Ю. Сорокин др. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. -2020.- № 2.
4. Хао Яо Цзянь, Хуа Чэнь, И Фэн Сюй. Пациенты с психическими расстройствами во время пандемии COVID–19// Психиатрия & Нейронауки.- 2020.
5. Неврологические нарушения у пациентов с COVID-19// Психиатрия & Нейронауки. -2020.

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОСУДОВ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ГОЛОВНОГО МОЗГА ЭМБРИОНОВ ЧЕЛОВЕКА НА РАЗНЫХ СРОКАХ РАЗВИТИЯ В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПРЕНАТАЛЬНОЙ АЛКОГОЛИЗАЦИИ

А.В. Солонский[1], А.В. Потапов[2], С.Н. Шумилова[2]

[1] ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», Россия, г.Томск

[2] ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г.Томск

Аннотация. Данная работа рассматривает основные морфометрические изменения головного мозга человека, формирующиеся в условиях хронической пренатальной алкоголизации. Установлено уменьшение диаметра капилляров с увеличением срока развития в условиях пренатальной алкоголизации, приводящее к общему снижению количества формирующихся в мозге капилляров.

Ключевые слова: алкоголь, головной мозг, развитие, микроциркуляторное русло, COVID-19

MORPHOMETRIC CHARACTERISTICS OF MICROCIRCULATORY BLOOD VESSELS OF THE HUMAN EMBRYO BRAIN AT DIFFERENT DEVELOPMENT STAGES IN CHRONIC PRENATAL ALCOHOLIZATION CONDITIONS

A.V. Solonsky[1], A.V. Potapov[2], S.N. Shumilova[2]

[1]Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Science, Tomsk, Russia

[2]Siberian State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Tomsk

Abstract.This work examines the main morphometric changes in the human brain that are formed in conditions of chronic prenatal alcoholism. A decrease in the diameter of capillaries with an increase in the period of development under conditions of prenatal alcoholization was established, leading to a general decrease in the number of capillaries formed in the brain.

Key words: alcohol, brain, development, microvasculature, COVID-19

Введение. Одним из наиболее актуальных и при том недостаточно изученных аспектов является процесс развития мозга. Помимо этого, воздействие различных токсических и психически активных веществ на головной мозг в течение периода развития также представляет большой интерес. Всеобщая заинтересованность в данном вопросе связана со все большей индустриализацией и, как следствие, появлением современных токсинов и тератогенных веществ. Тем не менее, при всем разнообразии различных потенциально опасных веществ, все они имеют сходные последствия, что, в том числе, может отражаться на процессе развития сосудистых структур головного мозга [1].

Одним из наиболее доступных и широко используемых в современном мире ядовитых веществ является этиловый спирт, потребление которого выросло по заявлению министра здравоохранения Михаила Мурашко на 3 % в период пандемии COVID-19. Широкое распространение алкоголизма среди населения и, особенно, среди женщин фертильного возраста представляет наибольшую опасность. Это связано с тем, что при потреблении данного вещества в течение беременности может приводить к ряду неблагоприятных исходов, одним из которых является развитие фетального алкогольного синдрома (FAS) [2].

Согласно уже проведенным исследованиям, одним из эффектов этанола, потребляемого во время беременности, является нарушение кровотока в мозговых артериях плода [3]. Одним из возможных механизмов, обуславливающих развитие сосудистых патологий, может являться снижение уровня нейротрофических факторов. Нарушение ангиогенеза в данном случае может быть объяснено снижением уровня PGF (плацентарного фактора роста) или нейротрофина [4], что в конечном итоге приводит и к нарушению нейронального развития. Кроме того, согласно экспериментам на модели мембран куриного желтка, этанол способен усиливать продукцию реакционноспособных форм кислорода, что в свою очередь приводит к угнетению ангиогенеза в целом [5].

Современные возможности когерентной компьютерной томографии дали возможность установить зависимость между потреблением этилового спирта и выраженным уменьшением диаметра сосудов [6]. Тем не менее, на модели бабуинов результат был резко противоположным – за счет выраженного влияния на каннабиноидные рецепторы происходила дилатация артерий головного мозга эмбрионов [7].

Таким образом, все освещённые работы имели своей целью выявление непосредственных механизмов, приводящих к нарушениям васкулогенеза. Тем не менее, данных о том, как именно проявляются эти нарушения сосудистых структур, недостаточно.

Цель исследования. Выявить и изучить закономерности влияния пренатального потребления алкоголя на развитие сосудов микроциркуляторного русла (МЦР) – артериол, венул и капилляров головного мозга эмбрионов, на различных сроках внутриутробного развития.

Материалы и методы. В эксперименте использовался материал, полученный в ходе операций по искусственному прерыванию беременности с учетом положений и требований этического комитета. Исследование проводилось с использованием 26 эмбрионов, которые были разделены на 4 группы. Группы Контроль1 (К1) и Контроль2 (К2), в которых матери алкоголь не употребляли, имеют возраст внутриутробного развития 9 и 11 недель соответственно. Группы Алкоголь1 (А1) и Алкоголь2 (А2), в которых матери имели алкогольную зависимость I – II стадии (F 10.201. F 10.202), имеют возраст внутриутробного развития 8-9 и 10-11 недель соответственно. Участницы эксперимента были психически и физически здоровы, возраст варьировался от 25 до 41 года.

Дальнейшая подготовка к исследованию заключалась в фиксировании материала в 0,5 % растворе глутаральдегида на 0,1 М фосфатном буфере (pH 7,3-7,4), дофиксировании в 1 % растворе оксида осмия, обезвоживании в спиртах восходящей концентрации и заливки в аралдит. Дальнейшая обработка заключалась в окрашивании полутонких срезов (0,5-1 мкм) по методу Ниссля (толуидиновым синим). Для получения микрофотографий использовался микроскоп Axio Scope A1 (Carl Zeiss, Германия) и цифровая камера Canon G10. Для морфометрического анализа сосудов МЦР были выбраны следующие показатели: среднее количество сосудов на единицу площади среза, средняя площадь и средний периметр сосудов, относительная площадь сосудов на единицу площади среза. Для расчета значений исследуемых величин использовалось ПО AxioVision 4.8.

Дальнейшая статистическая обработка выполнялась в ПО Statistica 10 с использованием критерия Манна-Уитни (различия достоверны при значении P <0,05) для оценки достоверности различий.

Результаты и обсуждение. Одной из отличительных особенностей исследуемого периода внутриутробного развития считается достаточная сформированность МЦР – артериол, венул и капилляров. Стенка артериол представлена циркулярно расположенными гладкомышечными клетками. Капилляры соматического типа имели хорошо развитую стенку, состоящую из эндотелиоцитов, базальной мембраны, находящихся в её структуре перицитов, а также адвентициальных клеток, их размеры варьировались в диапазоне 6-11 мкм. В просветах некоторых сосудов отмечалось наличие форменных элементов крови.

В ходе анализа полученных данных была выявлена следующая закономерность (таблица 1): в группах К1 и К2, которые принимаются за условную норму, достоверных изменений средней и удельной площадей сосудов при увеличении срока внутриутробного развития не выявлено, но отмечается умеренное увеличение их среднего количества на единицу площади. Тем не менее, в группах А1 и А2 происходило постепенное уменьшение площадей сосудов при значительном увеличении их количества на 1 мм^2.

Таблица 1.

Динамика численных показателей сосудов в исследуемых группах

Анализируемый показатель	Средняя площадь, мкм^2	Удельная площадь сосудов, %	Количество сосудов на 1 мм^2, шт.
Контроль1 (К1)	78,0	0,42	52
Контроль2 (К2)	83,3	0,77	91
Алкоголь1 (А1)	75,7	0,40	52
Алкоголь2 (А2)	48,5	0,37	136

Помимо этого, параметры групп А1 и К1 изначально не имеют достоверных различий. Таким образом, в ходе исследования было установлено, что алкоголь оказывает значительное влияние на формирование сосудистых структур головного мозга в условиях длительной пренатальной алкоголизации.

Литература / References

1. Jégou S., El Ghazi F., de Lendeu P.K., Marret S., Laudenbach V., Uguen A., Marcorelles P., Roy V., Laquerrière A., Gonzalez B.J. Prenatal alcohol exposure affects vasculature development in the neonatal brain. Ann Neurol. 2012. Dec.

2. Bukiya A.N.,, Dopico A.M. Fetal Cerebral Circulation as Target of Maternal Alcohol Consumption. Alcohol Clin Exp Res. 2018. Apr 19. doi: 10.1111/acer.13755.
3. Bake S1, Tingling JD, Miranda RC. Ethanol exposure during pregnancy persistently attenuates cranially directed blood flow in the developing fetus: evidence from ultrasound imaging in a murine second trimester equivalent model. Alcoholism? Clinical and experimental research 2012 May.36(5):748-58 doi: 10.1111/j.1530-0277.2011.01676.x
4. Boschen K.E., Klintsova A.Y. In the Brain: interaction with alcohol exposure during development. Vitam Horm. 2017.
5. Wang G., Zhong S., Zhang S.Y., Ma Z.L., Chen J.L., Lu W.H., Cheng X., Chuai M., Lee K.K., Lu D.X., Yang X. Angiogenesis is repressed by ethanol exposure during chick embryonic development. J Appl Toxicol. 2016. May.
6. Raghunathan R., Wu C., Singh M., Liu C.H., Miranda R.C., Larin K.V.,3,4. Evaluating the effects of maternal alcohol consumption on murine fetal brain vasculature using optical coherence tomography. J Biophotonics. 2018. May. 11 (5). doi: 10.1002/jbio.201700238.
7. Seleverstov O., Tobiasz A., Jackson J.S., Sullivan R., Ma D., Sullivan J.P., Davison S., Akkhawattanangkul Y., Tate D.L., Costello T., Barnett S., Li W., Mari G., Dopico A.M., Bukiya A.N.. Maternal alcohol exposure during mid-pregnancy dilates fetal cerebral arteries via endocannabinoid receptors. Alcohol. 2017. Jun. 61: 51-61. doi: 10.1016/j.alcohol.2017.01.014.

СОСТОЯНИЕ СПУТАННОСТИ СОЗНАНИЯ ПРИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

С.У.Туктарова [1], В. Л. Юлдашев [1], И. Ю. Ахмерова [1,2]

[1]ФГБО ВО Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Уфа.

[2]ГБУЗ Республики Башкортостан «Республиканская клиническая психиатрическая больница», Россия, г.Уфа.

Аннотация. В данной статье рассмотрены особенности состояния спутанности сознания при новой коронавирусной инфекции COVID-19 на примере собственного клинического наблюдения. Проведен анализ клинических, психометрических и лабораторно-инструментальных показателей, данных медицинской документации. Выявлены предрасполагающие факторы для развития состояния спутанности,

особенности динамики клинических симптомов и их обратного развития, определен исход перенесенного состояния спутанности. Показано: новая коронавирусная инфекция COVID-19 не ограничивается классическими соматическими симптомами, а может иметь и психические проявления, о чем необходимо помнить в ежедневной практике врачам разных специальностей.

Ключевые слова: психиатрия, состояние спутанности сознания, факторы риска, новая коронавирусная инфекция COVID-19, клиническое наблюдение.

CONFUSED STATE OF MIND UNDER THE NEW CORONAVIRUS INFECTION COVID-19 (CLINICAL OBSERVATION)

C. U. Tuktarova, V. L. Yuldashev, I. Yu. Akhmerova

[1]Federal State Budgetary Higher Education Institute «Bashkir State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Ufa

[2]Bashkortostan State Budgetary Healthcare Institution «Republican Clinical Psychiatric Hospital», Russian Federation, Ufa

Absract. This article describes the features of the state of confusion under the new coronavirus infection COVID-19 based on the example of our own clinical observation. Clinical, psychometric and laboratory-instrumental parameters were analyzed as well as medical record data. The predisposing factors for the development of the state of confusion, the peculiarities of the dynamics of clinical symptoms and their reverse development were revealed, the outcome of the transferred state of confusion was determined. It is concluded that the new coronavirus infection COVID-19 is not limited with classic somatic symptoms, but may also have mental manifestations. It is important for the doctors of all specialties to remember about it in their daily practice.

Key words: psychiatry, confused state of mind, risk factors, new coronavirus infection COVID-19, clinical observation.

Введение. Одной из важных проблем современной клинической медицины является состояние спутанности сознания. Состояние спутанности встречается не только среди больных психиатрического профиля, но и принадлежит к числу распространенных форм психической патологии у пациентов общесоматических стационаров, особенно в пожилом возрасте [4]. Частота спутанности сознания в больнице общего профиля оценивается в диапазоне от 11 до 42% при поступлении в стационар и от 6 до 56% во время пребывания больных в стационаре. спутанность после оперативного лечения

возникает у 15–62% пациентов, а в отделениях интенсивной терапии – в 70–87% случаев.

В соответствии с МКБ-10 острое состояние спутанности имеет рубрику F05 «Делирий, не обусловленный алкоголем и другими психоактивными веществами» и характеризуется сочетанным расстройством сознания, с дезориентировкой в месте, времени и собственной личности, нарушением внимания и памяти, эмоциональными и психомоторными расстройствами, нарушением ритма сон-бодрствование, инкогеренцией мышления, периодически возникающим редуцированным малосистематизированным чувственным бредом, искаженным восприятием окружающей обстановки с иллюзиями и истинными галлюцинациями, выраженными колебаниями симптоматики в течение суток, объективными данными о наличии церебральной или иной патологии (не обусловленной психоактивными веществами), которая может вызвать данное состояние [8]. Спутанность не является самостоятельным заболеванием, ее формирование - следствие не-специфической реакции центральной нервной системы (ЦНС) на нарушение внутренней среды, вызванной множеством этиопатогенетических факторов. В каждом отдельном случае спутанности возможно сочетание нескольких этиопатогенетических факторов, которые имеют комбинированный или мультипликативный эффект [5].

Анализ литературы и накопленный клинический опыт позволяет выделить наиболее значимые факторы риска развития состояния спутанности: генетическую предрасположенность, пожилой возраст, мужской пол, наличие сопутствующего органического психического расстройства, предшествующих когнитивных нарушений, деменции и депрессии, тяжелой соматической патологии, инфекционного и воспалительного процессов, низкий уровень двигательной активности и обездвиженность, недостаточное питание, обезвоживание, гипертермию, водно-электролитные нарушения, катетеризацию мочевого пузыря, медикаментозные факторы, включая полифармацию, алкоголизм и наркоманию [4, 5, 6, 16].

На данный момент выделяют две основные теории происхождения обсуждаемого психопатологического состояния: нейротрансмиттерную и воспалительную [3]. Известно, что гипоксия, гипогликемия и другие метаболические нарушения могут приводить к изменению синтеза, функциональной активности или концентрации нейромедиаторов (НТ), что запускает сложные когнитивные и поведенческие нарушения. В литературе встречаются указания на такие изменения НТ при спутанности, как недостаток ацетилхолина или доступность мелатонина, избыток дофамина, норадреналина

и глутамата, нарушение концентрации серотонина, гистамина или гамма-аминомасляной кислоты [7]. До настоящего времени неизвестно, какой из этих НТ играет более важную роль в развитии спутанности.

В исследованиях показано, что различные повреждения ЦНС (травмы, инфекции и др.) приводят к повышению уровня провоспалительных цитокинов (ЦК), высвобождаемых активированными нейтрофилами и макрофагами [11]. Важная роль в развитии спутанности отводится интерлейкину-1 и -6 (ИЛ-1, ИЛ-6), интерферону и фактору некроза опухоли альфа [13]. У пациентов группы высокого риска ЦК могут непосредственно изменять функциональную активность структур головного мозга и индуцировать спутанность за счет нейротоксического действия и изменения уровней разных НТ [11]. Кроме того, выброс значительного количества ЦК у тяжелых больных приводит к гиперкоагуляции и образованию микроэмболов, которые, попадая в церебральные сосуды, значимо снижают мозговой кровоток, что способствует развитию спутанности [19]. Вполне вероятно, что представленные гипотезы не работают каждая в отдельности, но взаимодействуют между собой [3].

Среди специалистов нет однозначного мнения о психопатологической структуре спутанности сознания. Д.М. Галабаева для классификации спутанности у пожилых предлагает выделять следующие синдромальные типы: аментивную, галлюцинаторную и сенильноподобную [2]. Ряд авторов различает три типа спутанности в зависимости от уровня психомоторного возбуждения: гиперактивный, гипоактивный и смешанный [6]. А.Г. Меркин выделяет клинико-динамические варианты состояний спутанности сознания: транзиторный. абортивный и развёрнутый [9].

Для улучшения диагностики спутанности применяются различные психодиагностические инструменты, наиболее распространенными из них в настоящее время являются: Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) [14]. Delirium Rating Scale (DRS) [17]. Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) [15]. Mini-Mental State Examination (MMSE) [12].

Развитие спутанности возможно при широком диапазоне заболеваний, в том числе инфекционных. В середине декабря 2019г. человечество столкнулось с «COronaVIrus Disease 2019» (COVID-19). Новая коронавирусная болезнь – это острое вирусное заболевание с преимущественным поражением верхних дыхательных путей, вызываемое РНК-содержащим вирусом «Severe Acute Respiratory Syndrome COronaVirus 2» (SARS-CoV-2), рода Betacoronavirus семейства Coronaviridae [20]. Эпидемия, вызванная новым коронавирусом SARS-CoV-2, вошла в историю как чрезвычайная ситуация и 11 марта 2020 года объявлена ВОЗ пандемией международного значения [20]. На момент

написания статьи в мире официально зарегистрировано около 21679212 случаев заражения человека SARS-CoV-2. Особенности пандемии данного заболевания только изучаются, однако постепенно накапливаются данные о клинических проявлениях этой инфекции. Для врачей–психиатров, прежде всего, представляют интерес психические нарушения при COVID-19, возникающие наряду с такими распространенными клиническими проявлениями заболевания как пневмония и острый респираторный дистресс-синдром, а также их последствия. По имеющимся литературным данным, при COVID-19 состояние спутанности напрямую связано с инфекционным процессом и выступает в качестве индикатора тяжести основного заболевания. Частота встречаемости спутанности у пациентов с COVID-19 составляет 9% [1].

Тяжелому течению COVID-19 подвержены лица пожилого и старческого возраста. У данного контингента больных особенностью клинической картины COVID-19 является атипичность [10]. Одним из нетипичных проявлений заболевания наряду с падениями, функциональным снижением, конъюнктивитом, тахипноэ, тахикардией и снижением артериального давления является состояние спутанности и может быть манифестацией COVID-19 [10].

При сопоставлении вышеперечисленных факторов риска развития состояния спутанности [4, 5, 6, 16] с факторами, потенциально осложняющими течение COVID-19 [18] можно утверждать, что ряд факторов риска и сам синдром спутанности одновременно являются и причинами, индуцирующими новые, угрожающие жизни осложнения при COVID-19 и влияющими на тяжесть и прогноз инфекционного заболевания. В результате увеличивается продолжительность пребывания в стационаре и госпитальные расходы, возрастает вероятность ухудшения качества жизни пациента после выписки из стационара, развития деменции и инвалидизации, частота летальных исходов, все это обусловливает необходимость дальнейшего изучения проблемы спутанности.

Цель исследования. Проследить особенности состояния спутанности при новой коронавирусной инфекции COVID-19 на примере собственного клинического наблюдения. Продемонстрировать серьезность и важность этой патологии и привить настороженность врачам разных специальностей. Данной публикации предшествовала подготовительная работа с отечественной и зарубежной литературой. Некоторые из литературных источников приведены в пристатейном списке литературы.

Объекты и методы исследования. Клинический случай состояния спутанности сознания у больной 77 лет с новой коронавирусной инфекцией COVID-19. Был собран анамнез, проанализированы результаты клинических,

параметрических, лабораторно-инструментальных показателей и данные медицинской документации. Оценка когнитивного статуса проводилась с помощью шкалы MMSE, редукция выраженности симптомов спутанности сознания оценивалась по шкале ICDSC.

Результаты и их обсуждение. Пациентка М., 77 лет, жительница г. Уфа. Наследственность отягощена цереброваскулярным заболеванием (ЦВЗ) у матери. Среди сопутствующих заболеваний - энцефалопатия с когнитивными нарушениями, не достигающими уровня деменции, нейросенсорная тугоухость 3 степени, хронический гастрит, язвенная болезнь 12-перстной кишки, хронический холецистит и колит в стадии ремиссии, гемангиома печени, артроз коленных суставов. Черепно-мозговые травмы и аллергические реакции отрицаются. На пенсии по возрасту, в прошлом - преподаватель ВУЗа. Была замужем, в разводе, имеет взрослую дочь.

До стационирования в течение 7 дней находилась дома на самоизоляции, выходила из дома лишь по необходимости. Эпидемиологический анамнез: на момент заболевания непосредственного контакта с инфекционными больными не было, поездки за рубеж отрицаются. Заболевание началось остро 7.05.2020г. с повышения температуры до 37,4^{o}C, появилось чувство общей слабости, головная боль, головокружение, раздражительность, утрата аппетита. Других жалоб и клинических симптомов не отмечалось. Сатурация кислородом (SpO_2) 96-98%. Лечилась амбулаторно, принимая противовирусные (интерферон интраназально 2 капли каждые 2 часа, тамифлю 150 мг в сутки (мг/сут.) и антибактериальные (азитромицин 1000 мг/сут.) препараты. К 10.05.2020г. на фоне терапии соматическое состояние улучшилось – нормализовалась температура, появился аппетит, но на следующие сутки возобновилась лихорадка до 38,5^{o}C, головная боль, раздражительность, мышечная слабость, пропал аппетит.

Общий анализ крови 12.05.20г.: лейкоциты (Л.) 3,5x10^{9}/л, палочкоядерные нейтрофилы (Палоч./нейтр.) 0%, сегментоядерные нейтрофилы (Сегмент./нейтр.) 54%, лимфоциты (Лимф.) 39%, моноциты (Мон.) 7%, эритроциты (Э.) 4,51x10^{12}/л, тромбоциты (Т.) 242x10^{9}/л, гематокрит (НСТ) 39,6%, гемоглобин (Hb) 132 г/л, скорость оседания эритроцитов (СОЭ) 15 мм/ч.

Биохимический анализ крови: 12.05.20г.: глюкоза 5 ммоль/л, холестерин 5,66 ммоль/л, креатинин 106 мкмоль/л, мочевина 5,6 ммоль/л, билирубин общий 12,4 мкмоль/л, аланинтрансфераза (АЛТ) 90,8 ед/л, щелочная фосфатаза 117 ед/л, железо 19,87 мкмоль/л, общий белок 67,1 г/л, С-реактивный белок (СРБ) отрицательный (отр.). Учитывая в динамике сохраняющуюся лихорадку, нарастание признаков интоксикации в схему лечения включен

другой антибактериальный препарат – цефтриаксон 2,0 гр/сут. На протяжении последующих дней на фоне сохраняющейся лихорадки прогрессивно нарастала мышечная слабость, появилась сонливость, снизился слух, стала растерянной, временами говорила не по существу, практически ничего не ела. С учетом клинико-эпидемиологической обстановки в стране и регионе (период пандемической коронавирусной инфекции), прогрессирующего течения заболевания, неэффективности проводимой терапии у больной была заподозрена новая коронавирусная инфекция.

Проведена **компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки 14.05.20г.:** В обоих легких зоны инфильтративных наложений по типу матового стекла с участками консолидации, транспульмональными линейными тяжами. Объем поражения верхней доли (ВД) правого легкого до 5%, средней доли (СД) – до 5%, нижней доли (НД) правого легкого – до 25%. Объем поражения ВД левого легкого до 50%, НД левого легкого – до 50%. Средостение не резко смещено влево. Корни легких структурны. Внутригрудные лимфатические узлы размерами 6х10 мм. Плевральное наложение справа глубиной до 5 мм. Синусы легких обозримы. Плевроаппикальные, плеврокостальные, наддиафрагмальные спайки.

Заключение: По КТ – двусторонняя полисегментарная пневмония. Шкала вовлечения паренхимы легких в патологический процесс 10 баллов. Диагноз был подтвержден положительным мазком из зева и носоглотки на определение РНК коронавируса (SARS-CoV-2) от 12.05.20г. Госпитализирована 14.05.20г. в госпиталь Covid-19 на базе ФГБОУ ВО БГМУ МЗ РФ.

При объективном осмотре на момент поступления **общее состояние** пациентки расценивалось как среднетяжелое, обусловленное выраженным интоксикационным и астено-вегетативным синдромом. Телосложение нормостеническое. Температура тела 37,7°С.Кожные покровы бледные, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные, обычной плотности, подвижные. Носовое дыхание свободное, выделений нет. Дыхание проводится по всем легочным полям, ослаблено по задненижней поверхности легких, с сухими рассеянными хрипами с обеих сторон. Частота дыхательных движений (ЧД) 20-23/мин. при физической нагрузке, насыщение крови кислородом (SpO_2 по пульсометрии) 94% при дыхании атмосферным воздухом. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Частота сердечных сокращений (ЧСС) 73 уд./мин. Артериальное давление (АД) 125/70 мм.рт.ст. Зев чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Физиологические отправления не нарушены.

Неврологическое состояние: Зрачки округлой формы, равные, реакция на свет сохранена. Недостаточность конвергенции. Движения головы и туловища в полном объеме. Объем активных и пассивных движений во всех конечностях сохранен. Сухожильные рефлексы умеренно повышены с обеих сторон. Чувствительность не нарушена. Координаторные пробы выполняет неуверенно. Менингиальные симптомы отсутствуют.

Психическое состояние: ослаблена, передвигается при помощи поддержки со стороны окружающих, растеряна, периодически на лице появляются гримасы страдания, концентрация внимания неустойчивая, на заданные вопросы отвечает не всегда по существу, то вздыхает, то стонет, не может сказать как давно больна, с усилием припоминает и соображает, что надо сказать, аутопсихическая ориентировка сохранена, в месте ориентирована неточно, после наводящих вопросов сообщает, что «место похоже на больницу», за текущей датой не следит. При расспросе анамнестические сведения о себе дает в общих чертах. Отчетливо помнит домашний адрес, имена родных. Признается, что запамятовала события с момента начала заболевания, не помнит, чем лечилась дома. Простые инструкции выполняет выборочно, после многократных повторений. Эмоционально лабильна.

Данные лабораторных и параклинических методов исследования в день госпитализации: **в общем анализе крови 14.05.20г.** обращала на себя внимание лейкопения, анемия, ускорение СОЭ: Л. 3,55х10^9/л, нейтрофилы 63,5%, Лимф. 34%, Мон. 2,5%, Э. 3,35х10^{12}/л, Т. 159х10^9/л, НСТ 35,8, Hb 117 г/л, СОЭ 33 мм/ч.

В биохимическом анализе крови 14.05.20г. определялся повышенный показатель креатининфосфокиназы (КФК) и начальные признаки азотемии: глюкоза 5,53 ммоль/л, креатинин 98,4 мкмоль/л, мочевина 8,73 ммоль/л, билирубин общий 4,5 мкмоль/л, АЛТ 18,2 ед/л, КФК 1400 ед/л, железо 4,3 мкмоль/л. Повышенные показатели прокальцитонинового теста (0,20 нг/мл) и острофазового белка ферритина (>500 нг/мл) явились маркерами воспалительного процесса.

В общем анализе мочи 14.05.20г. определялась лейко-, бактери- и протеинурия: цвет светло желтый, прозрачная, удельный вес 1,025, pH 5, глюкоза отр., белок 0,09 г/л, Л. 10-15 в поле зрения (п/зр.), Э. 2-3 в п/зр., эпителий 0-1 в п/зр., соли ++, бактерии ++.

Показатели коагулограммы 14.05.2020г. свидетельствовали о состоянии гиперкоагуляции**:** протромбиновое время (ПВ) 12,1 секунд (с), международное нормализованное отношение (МНО) 0,88, Д-димер 766 нг/мл.

Электрокардиограмма (ЭКГ) 14.05.2020г.: Ритм регулярный, синусовый, ЧСС 72. Нормальное положение электрической оси сердца.

С учетом клинической симптоматики и результатов дополнительных исследований был выставлен диагноз «Новая коронавирусная инфекция COVID-19, среднетяжелое течение. Внебольничная двусторонняя полисегментарная пневмония». Начат следующий объем терапии: плаквенил 400 мг/сут., цефтриаксон 2,0 гр/сут., амброксол 90 мг/сут., парацетомол 500 мг/сут., преднизолон 120 мг/сут., эноксипарин натрия 0,4 мл/сут., «Цитофлавин» 10,0 мл/сут., мексидол 500,0 мг/сут., оксигенотерапия.

В последующие два дня, проведенные в клинике, несмотря на адекватную, своевременную, выполняемую в полном объеме терапию, на фоне нарастающей интоксикации и гипоксии состояние больной продолжало неуклонно ухудшаться. Развилась спутанность сознания с психомоторным возбуждением. Пациентка окружающую обстановку не осмышляла, стала тревожной, двигательно беспокойной, пыталась встать с кровати, срывала периферический катетер, сопротивлялась осмотру и медицинским процедурам, отказывалась от приема пищи, стонала, речь была бессвязна. Состояние возбуждения сменялось астенической прострацией, когда больная умолкала, опускала голову на подушку, отмечался аффект недоумения, озиралась по сторонам. В это время после неоднократных просьб удавалось добиться односложных ответов на некоторые вопросы. Не ориентировалась в текущем времени, месте нахождения и окружающих лицах, не могла сообщить никаких сведений о себе. При кратковременной беседе истощалась, переставала отвечать на вопросы. Аффект характеризовался лабильностью, наблюдались эмоции страха, растерянности, тревоги. Отмечалась плаксивость, негативное отношение к окружающим. Состояние спутанности подтверждено с помощью шкалы ICDSC (7 баллов). В связи с психомоторным возбуждением применялись меры физического стеснения пациентки и седативные препараты (оксибутират натрия 2-4 гр/сут. и мидазолам 10 мг/сут.).

Учитывая тяжесть и отрицательную динамику общего состояния, нарастание синдрома интоксикации, гипоксемии, нарушений кислотно-щелочного баланса, церебральных нарушений на фоне клинической и рентгенологической картины пневмонии больная была переведена в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

Дальнейшая тактика ведения пациентки включала в себя продолжение комбинированной инфузионной антибактериальной, противовирусной, антикоагулянтной, гормональной, нейрометаболической, церебропротективной, седативной и оксигенотерапии, парентерально-энтеральное питание.

Динамика лабораторно-инструментальных данных, полученных в ОРИТ, представлена в таблицах 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.

Таблица 1.

Динамика показателей общего анализа крови

Показатели		Дата			
		21.05.20	**23.05.20**	**26.05.20**	**28.05.20**
СОЭ, мм/ч		27	27	29	25
Лейкоциты, х10^9/л		5,8	9,41	11,2	10,4
Нейтрофилы, общее число	**%**	86,7	88,2	91,3	84,2
	в абсолютных числах	5	8,3	10,2	8,8
Палочкоядерные нейтрофилы, %		5	5	7	3
Сегментоядерные нейтрофилы, %		79	83	84	81
Лимфоциты	**%**	10	9,62	7,75	11,3
	в абсолютных числах	0,5	0,905	0,867	1,1
Моноциты	**%**	3,3	1,79	0,67	4,5
	в абсолютных числах	0,3	0,168	0,075	0,5
Соотношение нейтрофилы/лимф. (NLR)		10	9,17	11,76	8
Эозинофилы, %		-	0,25	0,098	-
Базофилы, %		-	0,134	0,196	-
Эритроциты, х10^{12}/л		3,9	4	4,4	4,1
Тромбоциты, х10^9/л		251	488	330	389
Гемоглобин, г/л		106	116	116	116
Гематокрит, %		32,4	33,8	36,8	35,3

Таблица 2.

Динамика биохимических показателей крови

Показатели	Дата			
	21.05.20	**23.05.20**	**26.05.20**	**28.05.20**
Глюкоза, ммоль/л	11,1	6,0	5,3	4,1
Креатинин, мкмоль/л	70,8	59,2	61,7	73,6
Мочевина, ммоль/л	5,53	6,88	8,7	9,8
Билирубин общий, мкмоль/л	4,6	5,6	6,5	7,7
Аланинаминотрансфераза (АЛТ), ед/л	55,7	62,3	68,9	47
Аспартатаминотрансфераза (АСТ), ед/л	98,5	58,2	58,2	52
Креатининфосфокиназа (КФК), ед/л	952	484	258	191
Лактатдегидрогенеза (ЛДГ), ед/л	818	1004	1018	890
Альбумин, г/л	30,2	33	35,6	31
СРБ, мг/л	57,5	42	36	Отр.
Лактат, ммоль/л	3,3	3,9	3,6	1,8
Прокальцитонин, нг/мл	0,51	Отр.	Отр.	Отр.

Ферритин, нг/мл	>500	-	-	-
Калий, ммоль/л	-	3,9	3,9	4
Натрий, ммоль/л	-	145	142	142

Таблица 3.

Динамика показателей коагулограммы

Показатели	**Дата**			
	21.05.20	**23.05.20**	**26.05.20**	**28.05.20**
ПВ, сек.	11,9	12,3	12,7	13,3
МНО	0,86	0,90	0,93	0,98
Д-димер, нг/мл	737	766	1248	1211
Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), С.	37,5	31,1	33,6	39,2
Фибриноген, г/л	3,8	5,1	5,1	2,7
Растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК), мг/дл	4,5	Отр.	10	5,5

Таблица 4.

Динамика показателей общего анализа мочи

Показатель	**23.05.20**	**25.05.20**
Цвет	Светло желтый	Желтый
Прозрачность	Прозрачная	Мутная
Удельный вес	1,010	1,01
pH	9	9
Глюкоза в моче (mg/dl)	Негатив	+++
Белок (г/л)	0,12	Негатив
Лейкоциты	10-15 в п/зр.	3-4 в п/зр.
Эритроциты	1-2 в п/зр.	-
Эпителий	2-3 в п/зр.	-
Соли	++	++
Слизь	++	+
Бактерии	+++	+

Таблица 5.

Интерлейкин-6 (ИЛ-6/IL-6)

Показатель	**Дата**	
	21.05.20	**28.05.20**
Интерлейкин-6 (ИЛ-6/IL-6), пг/мл	70,3	19,5

Таблица 6.

Определение РНК коронавируса (SARS-CoV-2) в мазках со слизистой оболочки зева и носоглотки методом полимеразно-цепной реакции

Показатель	Дата		
	18.05.20	**20.05.20**	**25.05.20**
РНК Coronavirus SARS-CoV-2	положительный	положительный	отрицательный

Иммуноферментные исследования инфекций 18.05.20г.: HbSAg ВГВ (Hepatitis B virus), антитела к ВГС (Hepatitis C virus), антитела к Treponema pallidum, антитела к ВИЧ-1,2 и а/г к р 24 ВИЧ 1 не обнаружены.

Определение группы крови и резус фактора 19.05.20г. A(II), Rh (+).

Выполнена КТ головного мозга 18.05.20г.: На серии КТ-томограмм получены изображения суб- и супратенториальных структур головного мозга. Полушария большого мозга, мозжечка развиты, сопоставимы с 2-х сторон. Дифференциация вещества мозга прослеживается. Фрагменты обызвествления в шишковидной железе, хориоидальных сплетениях боковых желудочков (БЖ), по ходу серпа мозга. Желудочки головного мозга не деформированы. БЖ мозга со стороны передних рогов шириной до 9 мм, в центральных отделах - до 14 мм. Третий желудочек шириной до 9 мм. Субарахноидальные пространства выражены. Борозды мозга углублены и подчеркнуты. Область турецкого седла сохранена. Срединные структуры головного мозга не смещены. Целостность костей свода и основания черепа не нарушены. ***Заключение:*** По КТ - ЦВЗ. Атрофические изменения вещества головного мозга.

Таблица 7.

Динамика показателей КТ органов грудной клетки

Дата	Показатели компьютерной томографии органов грудной клетки
25.05.20	**На серии КТ-томограмм органов грудной клетки:** В обоих легких протяженность зон инфильтрации по типу матового стекла значительно увеличилась. Объем поражения ВД правого легкого до 75%, НД правого легкого - до 85%. Объем поражения ВД левого легкого до 85%, НД левого легкого - до 85%. Средостение не смещено. Корни легких структурны. Внутригрудные лимфатические узлы размерами 6х10 мм. Плевральное наложение слева глубиной до 9 мм (минимальный плевральный выпот)**.** ***Заключение:*** По КТ-двусторонняя полисегментарная пневмония (интерстициальный тип инфильтрации), выраженная отрицательная динамика в сравнении с результатами исследования от 14.05.20г. Шкала вовлечения паренхимы легких в патологический процесс до 23 баллов (до 92%, критический объем).

30.05.20	**На серии КТ-томограмм органов грудной клетки:** В динамике зоны инфильтрации сохраняются в обоих легких, но стали менее плотными, местами незначительно уменьшились в размерах. Объем поражения ВД правого легкого до 75%, СД правого легкого - до 75%, НД правого легкого - до 75%. Объем поражения ВД левого легкого до 75%, НД левого легкого - до 75%. Средостение не смещено. Корни легких структурны. Внутригрудные лимфатические узлы размерами 6х10 мм. Плевральное наложение слева глубиной до 5 мм (минимальный плевральный выпот). **Заключение:** По КТ - двусторонняя полисегментарная пневмония, положительная динамика в сравнении с результатами исследования от 25.05.20г. Шкала вовлечения паренхимы легких в патологический процесс до 20 баллов (до 92%, критический объем).

Общий анализ спинномозговой жидкости 19.05.20.: бесцветная, прозрачная, глюкоза 3,2 ммоль/л, белок отр., реакция Панди отр., калий 2,8 ммоль/л, натрий 147 ммоль/л.

Заключение ультразвукового (УЗ) исследования органов брюшной полости от 29.05.2020г.: УЗ-признаки диффузных изменений поджелудочной железы, утолщения стенки желчного пузыря.

При динамическом наблюдении в течение последующих дней со времени перевода в ОРИТ по 26.05.2020г. зафиксирован диссонанс температурной кривой и самочувствия пациентки. Так, несмотря на постепенное изменение температурной кривой в сторону нормализации и отсутствие катарального синдрома, нарастали явления интоксикации, гипоксемии, метаболический синдром с нарушением кислотно-щелочного равновесия, физикальные изменения в легких, общее состояние расценивалось тяжелым. Сохранялись церебральные расстройства в виде спутанности по аментивному типу, с аллопсихической дезориентировкой, аффектом недоумения, инкогерентным мышлением, психомоторным возбуждением в пределах кровати, явлениями негативизма, с отказом от приема пищи, жидкости и медикаментозной терапии. Основные лабораторные показатели общего анализа крови в целом соответствовали установленному диагнозу. В гемограмме нарастал нейтрофильный лейкоцитоз, относительная и абсолютная лимфопения, отмечалась анемия, повышение тромбоцитов, ускорение СОЭ (таб. 1). Показатель NLR достигал 11,76 (таб. 1), что свидетельствовало о тяжелом состоянии больной. Лабораторная динамика биохимических показателей крови была представлена повышением АСТ, АЛТ, ЛДГ, КФК, лактата, эпизодом гипергликемии (без диабетического анамнеза), снижением уровня альбумина (таб. 2). Гиперферментемия свидетельствовала о цитолитическом процессе. Повышение уровней СРБ, прокальцитонина и ферритина одновременно с

увеличением показателей ИЛ-6 (таб. 2, 5) и СОЭ (таб. 1) свидетельствовало о наличии острого воспалительного и инфекционного процесса. В связи с высоким уровнем ИЛ-6 в схему лечения введен левилумаб (ингибитор рецепторов ИЛ-6) 360 мг/сут. Сохранялись вышевыявленные отклонения в коагулограмме, свидетельствующие об активно протекающих процессах тромбообразования (таб. 3). Отрицательная динамика в лучевой картине с увеличением объема поражения легких в период с 14.05.2020г. по 25.05.2020г. (таб. 7), явилась подтверждением прогрессирования пневмонии.

В процессе дальнейшей терапии ближе к 28.05.20г. появилась положительная динамика состояния, при этом структурировалось сознание. Выход из состояния спутанности совпал по времени с тенденцией к регрессу воспалительного процесса, о чем можно было судить по отсутствию интоксикационного синдрома, дыхательной недостаточности и катаральных симптомов, а также появлению положительных лабораторно-инструментальных сдвигов (таб. 1, 2, 3, 5, 7) и зарегистрированному отрицательному результату определения РНК коронавируса SARS-CoV-2 (таб. 6). Следует отметить существенное отставание положительной динамики в визуализационной картине легких по данным КТ (таб. 7) от таковой в клинической картине. Редукция спутанного сознания была постепенная на протяжении 2-3 дней. В этот «переходный» период у больной сохранялись агриппнические расстройства, по типу нарушений засыпания и частых пробуждений, эпизоды спутанности возникали в вечернее время. Редукция выраженности симптомов спутанности сознания подтверждена снижением оценки по шкале ICDSC на 6 баллов. Период помраченного сознания пациентка амнезировала, позже рассказала, что «не понимала, что с ней происходит», не могла вспомнить, как оказалась в больнице, воспринимала окружающее как «деревенский дом», «видела чужих людей». Исходом состояния спутанности явилось снижение когнитивного статуса на уровне преддементных когнитивных нарушений (легкая деменция), о чем свидетельствовали результаты оценки когнитивных функций по шкале MMSE (24 балла) после выхода из актуального состояния в совокупности с результатами нейровизуализации (КТ) головного мозга больной от 18.05.20г.

Учитывая настойчивую просьбу, положительную клинико-рентгенологическую и лабораторную динамику, отсутствие риска для жизни, пациентка была выписана на 18-й день стационирования, с небольшим улучшением состояния, с диагнозом: Новая коронавирусная инфекция COVID-19 (вирус индентифицирован), тяжелая форма. Внебольничная двусторонняя полисегментарная пневмония, осложненная дыхательной недостаточностью II

степени. Внелегочные проявления: острое состояние спутанности сознания. Возможно амбулаторное лечение и реабилитация. Рекомендовано продолжить прием лонгидазы, флуифорта, цитофлавина, мексидола, акатинола мемантина.

Выводы. Наблюдаемый клинический случай наглядно иллюстрирует особенности состояния спутанности сознания при тяжелой новой коронавирусной инфекции COVID-19. Выделены полиморфные факторы, повлиявшие на развитие спутанности у пациентки: пожилой возраст, предшествующая госпитализации энцефалопатия с когнитивными нарушениями, не достигающими уровня деменции, признаки атрофии вещества головного мозга по данным КТ, сопутствующие соматические заболевания и сама тяжело протекающая инфекция, недостаточное питание и признаки обезвоживания, нарушение кислотно-щелочного равновесия, политерапия. Предвестники психопатологического состояния выражались в снижении способности сосредоточивать внимание, невозможности поддерживать продуктивный диалог, затруднении осознавать происходящее и раздражительности. Спутанность проявлялась комплексом расстройств сознания, внимания, восприятия, мышления, памяти, психомоторного поведения, эмоций, ритма сон-бодрствование. Выявлено определенное соответствие между тяжестью COVID-19 и формированием спутанности, прослежена временная связь между выходом из помраченного сознания и тенденцией к регрессу основного заболевания. При изучении динамики лабораторных показателей и данных компьютерной визуализации легких отмечены их изменения по мере синдромокинеза, с наибольшим достижением в период состояния спутанности. Показана возможность получения хорошего результата лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19 при своевременной, точной дифференциальной диагностике и комплексном подходе. Определен исход состояния спутанности в виде преддементных когнитивных нарушений, нуждающихся в проведении лечебно-реабилитационных мероприятий в амбулаторных условиях. Динамика и долгосрочные исходы состояния спутанности у пациентки потребуют дальнейшего исследования.

Литература / References

1. Беляков, Н.А., Рассохин, В.В., Ястребова, Е.Б. Коронавирусная инфекция COVID-19. Природа вируса, патогенез, клинические проявления. Сообщение 1 // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.- 2020. -Т. 12-. N1. -С.7-21. [Электронный ресурс]. - URL: http://dx.doi.org/10.22328/2077-9828-2020-12-1-7-21 (дата обращения: 31.07.2020).

2. Галабаева, Д.М. Острые соматогенные психозы позднего возраста с клинической картиной спутанности: автореф. дис.... канд. мед. наук. -М., 1973. -31С.
3. Гельфанд, Б.Р. Острые психические расстройства в интенсивной терапии: Практическое руководство для анестезиологов-реаниматологов, неврологов и психиатров / под ред. акад. РАН Б.Р. Гельфанда, проф. В.Н. Краснова. М.: Медицинское информационное агентство, 2014.- 232 с.
4. Колпащиков, И.Н. Состояния спутанности у больных пожилого и старческого возраста: Современное состояние проблемы // Современная терапия в психиатрии и неврологии. -2014. -N3.- С.31-39.
5. Колыхалов, И.В., Федорова, Я.Б., Гаврилова, С.И. Состояние спутанности у пожилых пациентов с деменцией // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.- 2013.- N7. - С.25-31.
6. Лебединский, К.М., Микиртумов, Б.Е., Ибрагимов, Н.Ю. Послеоперационный делирий: критерии и факторы риска // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. -2008.- Т. 167.- N4. -С.124-127.
7. Лобзин,. В.Ю., Хлыстов, Ю.В. Острая спутанность сознания как междисциплинарная проблема // «Неотложные состояния в неврологии: современные методы диагностики и лечения», 17-18 ноября 2017г., Санкт-Петербург [Электронное издание]: Сборник статей и тезисов Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 140-летию со дня рождения Михаила Ивановича Аствацатурова / под ред. И.В. Литвиненко.- СПб.: Альта Астра, 2017. -С.62-69.
8. Международная классификация болезней (10-ый пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. -СПб.: Оверлайд, 1994.- 300 с.
9. Меркин, А.Г. Клинико-динамические закономерности синдрома спутанности у геронтологических больных соматического стационара: автореф. диС.... канд. мед. наук. -М., 2011. -21с.
10. Новая коронавирусная инфекция SARS-CoV-2 у пациентов пожилого и старческого возраста: особенности профилактики, диагностики и лечения. Согласованная позиция экспертов Российской ассоциации геронтологов и гериатров / О.Н. Ткачева, Ю.В. Котовская, Л.А. Алексанян и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика.- 2020.- Т. 19.- N3.- С.127-150.
11. Chemokines are associated with delirium after cardiac surgery / J.L., Rudolph, B. Ramlaw, G.A. Kuchel et al. // J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci. 2008. Vol. 63(2). P.184-189. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2735245 (accessed 31.07.2020).

12. Cockrell J.R., Folstein M.F. Mini-mental state examination (MMSE) // *Psychopharmacology bulletin*. 1988. Vol. 24(4). P. 689-692. PMID: **3249771.**
13. Cytokines and IGF-I in delirious and non-delirious acutely ill older medical inpatients / D. Adamis, M. Lunn, F.C. Martin et al. // Age Ageing. 2009. Vol. 38(3). P. 326-332. DOI: 10.1093/ageing/afp014.
14. Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) / E.W. Ely, S.K. Inouye, G.R. Bernard et al. // JAMA. 2001. Vol. 286(21). P. 2703-2710. DOI: 10.1001/jama.286.21.2703.
15. Intensive care delirium screening checklist: evaluation of a new screening tool / N. Bergeron, M.J. Dubois, M. Dumont et al. // Intensive Care Med. 2001. Vol. 27(5). P. 859-864. DOI: 10.1007/s001340100909.
16. Laible B., Johnson T. Delirium in the Hospitalized Patient: A Primer for the Pharmacist Clinician // Journal of Pharmacy Practice. 2007. Vol. 20(5). P. 368-372. DOI: 10.1177/0897190007304986.
17. P.T. Trzepacz, Robert W.B., Greenhouse J.B. / A symptom rating scale for delirium // Psychiatry Res. 1988. Vol. 23(1). P. 89-97. DOI: 10.1016/0165-1781(88)90037-6.
18. Sartorius N. Comorbidity of mental and physical diseases: a main challenge for medicine of the 21st century // Shanghai Archives Psychiatry. 2013. Vol. 5(2). P. 68-69. DOI: 10.3969/j.issn.1002-0829.2013.02.002.
19. Sleep and delirium in ICU patients: a review of mechanisms and manifestations / M. Figueroa-Ramos, C.M. Arroyo-Novoa, K.A. Lee et al. // Intensive Care Med. 2009. Vol. 35(5). P.781-795. - DOI: 10.1007/s00134-009-1397-4.
20. World Health Organization. 11 march 2020 [Электронный ресурс]. - URL: httph://www.int/ru/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media briefingon-covid-19 (accessed 17.07.2020).

АУТОАГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В КОНТЕКСТЕ ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

О.Д. Тучина[1], Т.В. Агибалова[1], О.Ж. Бузик[1], А.С.Панов[1], А.А. Захарова[2]
[1]ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», Россия, г.Москва
[2]ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Россия, г.Москва

Аннотация. В данной статье представлены результаты исследования связей между предикторами аутоагрессии (зависимость от психоактивных

веществ, безнадежность и импульсивность) и планированием поведения, связанного со здоровьем (готовность пользоваться средствами индивидуальной защиты и изменять свое поведение под влиянием ограничительных мер), в контексте пандемии COVID-19. На выборке 102 мужчин (62 человека с синдромом зависимости от ПАВ и 40 человек без такого диагноза) было продемонстрировано, что группа зависимых от ПАВ имели значимые отличия в параметрах безнадежности, импульсивности и проспективного мышления, однако не отличалась от контрольной по эксплицируемым намерениям соблюдать COVID-связанные противоэпидемиологические меры.

Ключевые слова: COVID-19, синдром зависимости от психоактивных веществ, безнадежность, импульсивность, несуицидальное аутоагрессивное поведение, проспективное мышление.

SELF-DESTRUCTIVE BEHAVIORS IN PATIENTS WITH SUBSTANCE DEPENDENCE IN THE CONTEXT OF COVID-19 PANDEMICS

O.D. Tuchina[1], T.V. Agibalova[1], A.S. Panov[1], A.A. Zakharova

[1]*Moscow Research and Practical Centre for Narcology*

[2]*Russian Medical Academy for Continuing Medical Education*

Abstract. This article presents findings of a study of associations between predictors of self-destructive behaviours (substance dependence. hopelessness and impulsivity) and health-related behaviours intentions (willingness to use personal protection equipment (PPE) and change one's behaviours under restrictive measures) in the context of the COVID-19 pandemics. The study carried out within a sample of 102 male persons (62 people diagnosed with substance dependence and 40 healthy controls) demonstrated that the substance-dependent group had significant differences in hopelessness. impulsivity and future thinking, but had no differences from their healthy controls as far as explicit intentions to observe anti-COVID measures were concerned.

Key words: COVID-19. substance dependence. hopelessness. impulsivity. nonsuicidal self-destructive behavior. future thinking.

Введение. Крупнейшие пандемии сопровождаются значительным ростом психических расстройств и аутоагрессивного поведения, и пандемия короновирусной инфекции COVID-19 не исключение [2. 6. 10]. Неопределенность, пугающая перспектива затягивающегося экономического кризиса и угрозы жизни вносит коррективу в типичную картину будущего. У многих людей развивается депрессия и симптомы посттравматического

расстройства [11], для которых типичны серьезные дефициты проспективного мышления, в том числе связанные с преобладанием чувства безысходности [4] и отсутствием позитивно-окрашенных образов будущего [12]. Те же дефициты мышления о будущем и высокий уровень безнадежности наблюдаются и при суицидальной и несуицидальной аутоагрессии [9. 13], одной из форм которых является рискованное поведение, связанное со здоровьем [8]. Еще одним маркером самодеструкции, связанным и с аутоагрессивным поведением и с нарушениями проспективного мышления, является импульсивность [7].

Пациенты с синдромом зависимости от психоактивных веществ (ПАВ), в силу специфики наркологического заболевания, приводящего к серьезным нарушениям функционирования головного мозга, являются уникальной категорий людей, которые могли бы сочетать в себе все три психологических маркера, связанные с аутоагрессивным и рискованным поведением: дефициты мышления о будущем, повышенную импульсивность и безнадежность. Данное сочетание может приводить к импульсивному и рискованному поведению, связанному с нечувствительностью к последствиям собственного поведения, в результате которого пациенты могут сами становиться и жертвами COVID-19 и его активными распространителями в случае нарушения противоэпидемиологических мер [14].

Целью данного исследования стала оценка связей между психологическими маркерами аутоагрессивного поведения (безнадежность, импульсивность и нарушения проспективного мышления), и намерениями в отношении поведения, связанного со здоровьем, в выборке пациентов с синдромом зависимости от ПАВ и общей популяции.

Методы. В исследовании, проводившемся на базе Московского научно-практического центра наркологии в апреле 2020 г., приняли участие 102 человека (мужчины): основная группа стационарных пациентов с диагнозом синдрома зависимости от ПАВ (N=62, средний возраст M=39.9 (SD=1.5)) и контрольная группа здоровых мужчин (N=40, средний возраст M=38.8 (SD=1.9)). Проведение исследования одобрено Локальным этическим комитетом МНПЦ наркологии, все пациенты предоставили информированное согласие.

В связи с карантинными мерами **контрольная группа** заполняла форму опроса онлайн (информированное согласие, социодемографические данные и тестовые задания).

Основная группа заполняла бумажные бланки в таком же порядке представления заданий, что и контрольная группа.

В исследование **принимались** мужчины в возрасте от 18 до 69 лет, не имеющие коморбидных психических заболеваний, органической патологии головного мозга, имеющие менее 10 дней трезвости, либо полную ремиссию синдрома зависимости длительностью от полутора лет.

Участники групп имели различия по частоте людей с высшим образованием (22% в основной и 92.5% в контрольной, p=0.000) и находящихся в семейных/романтических отношениях (60.1% в основной и 92.7% в контрольной, p=0.000). Другие социодемографические показатели (место проживания, наличие дохода, возраст) не различались.

Методики их исследования. COVID-связанные переменные (признание опасности COVID, использование средств индивидуальной защиты, влияние штрафов на обычный образ действий, влияние самоизоляции на обычный образ действий) изучались на основе разработанной анкеты. Каждому параметру соответствовал 1 вопрос, ответы на которые представлены на семибалльной шкале Ликерта.

Безнадежность исследовалась с помощью «Шкалы безнадежности Бека» [1. 4], имевшей в нашей выборке удовлетворительный коэффициент альфа Кронбаха по подшкале надежды – 0.68. по подшкале безнадежности – 0.84.

Импульсивность изучалась с помощью русскоязычной Шкалы импульсивности Барратa [BIS-11, 3]. Альфа Кронбаха – 0.809.

Параметры проспективного мышления (временная дистанция, яркость переживания, валентность (позитивная/негативная), важность для идентичности, частота моделирования, тематическое содержание) оценивались с помощью методики исследования самоопределяющих проекций будущего [5]. Самоопределяющая проекция (СП) – это событие будущего, обладающее высокой личностной значимостью, часто представляемое и связанное с центральными жизненными темами или конфликтами личности [5].

Математические методы. Для оценки межгрупповых различий использовались преимущественно непараметрические методы статистической обработки: критерий Манна-Уитни – для количественных данных. критерий хи-квадрат (в том числе, с поправкой Йетса на непрерывность в соответствующих случаях) и точного теста Фишера для номинальных данных. Корреляционный анализ проводился с помощью критерия Спирмена.

Результаты исследования. При анализе результатов были выявлены различия в маркерах аутоагрессивного поведения между пациентами основной группы – зависимых от ПАВ и контрольной группой. Так, обнаружено превышение таких параметров как безнадежность, импульсивность и показателях проспективного мышления в основной группе по сравнению с

контрольной (Таб. 1). При этом, мы не выявили статистических различий по параметрам, связанным с намерениями следовать противоэпидемиологическим мерам (Таб.1).

Таблица 1.

Уровни COVID-связанных переменных

Переменная	Основная группа		Контрольная группа		Mann-Whitney U-Test	
	Me	Q1-Q3	Me	Q1-Q3	U	p
Признание опасности COVID	5	4-6	5	4-6	1130	.44
Использование СИЗ	6	5-7	6	5-7	1121.5	.4
Влияние штрафов на поведение	5.5	3-7	6	4-6	1169.5	.6
Влияние самоизоляции на поведение	5	3-6	5	4-6	1166	.61
Уровень надежды	3.11	2.86-3.47	3.33	3-3.63	1026.5	.142
Уровень безнадежности	2.0	1.63-2.57	1.63	1.27-1.8	608.5	.000
Импульсивность	66.5	61.7-78	59.5	54.3-67	734.5	.001
Временная перспектива (месяцы)	2	1-12	12	6-24	414	.000
Валентность	6	5-7	7	6-7	854.5	.024
Яркость	5.5	4-7	6	5-7	992.5	.27
Важность для идентичности	7	6-7	7	5.75-7	1098.5	.73
Частота представления	5	3-6.75	6	5-7	900	.07

Было получено 98 текстов самоопределяющих проекций (60 в основной и 38 в контрольной группе). Временная перспектива не указывалась со сравнимой частотой: в 9 случаях в основной и в 5 случаях в контрольной группе. В основной группе наблюдались дефициты проспективного мышления по сравнению с контрольной: укороченная временная перспектива и сниженная позитивная валентность, а также имелась тенденция к более редкому представлению события будущего. Кроме того, группы различались по представленным темам - $\chi 2$ (6) = 17.3. p=0.008. Попарное сравнение показало различия в частоте темы отношений (*семейная встреча, восстановление отношений, помощь родственникам и т.д.*) – 40% в основной и 13.2% в

контрольной (тест Фишера, p=0.01) - и тема достижений *(собственный бизнес, исполнение мечты и т.д.)* - 36.7% в основной и 68.4% в контрольной ($\chi2(1)$= 5.8, p=0.017). Хотя угрожающие жизни события (*заболевание, смерть)* наблюдались в 13.3% в основной и в 2.6% в контрольной группе, статистические различия отсутствовали (p=0.15), хотя этот результат может иметь клиническое значение. COVID-связанные проекции также чаще отмечались в основной группе (13.3% против 5.3%).

Таблица 2.

Результаты корреляционного анализа

	Основная группа			Контрольная группа		
	1	2	3	1	2	3
1. Надежда	1 .			-.68* .000	1 .	
2. Безнадежность	-.45* .000	1 .		-.38* .016	.55* .000	.46* .003
3. Импульсивность (BIS)	-.25* .05	.41* .001	.42* .001	-.68* .000	1 .	
4. Признание COVID-19	-.13 .32	.29* .02	-.04 .77	-.02 .89	-.06 .73	-.001 .99
5. Использование СИЗ	.18 .17	-.03 .81	-.33* .009	.1 .54	-.17 .31	-.14 .4
6. Влияние штрафов	.2 .12	-.34* .006	-.26* .04	-.05 .76	.042 .8	.05 .76
7. Влияние изоляции	.02 .9	-.14 .27	-.28* .03	-.04 .8	.02 .9	-.07 .69
8. Временная дистанция (месяцы)	.23 .1	-.19 .18	.22 .13	.06 .76	.16 .35	.41* .015
9. Валентность	*.25* *.055*	-.17 .2	-.005 .97	.11 .53	.000 .99	.04 .81
10. Яркость	.35* .007	-.19 .14	-.34* .009	.24 .14	-.42* .008	-.16 .35
11. Важность для идентичности	.18 .17	-.1 .39	-.29* .03	.48* .003	-.51* .001	-.17 .33
12. Частота представления	.31* .015	-.02 .86	-.28* .03	.26 .12	-.23 .17	-.090 .589
13. Тема отношений	.22	-.33*	-.34*	-.18	.08	.27

	.09	.009	.009	.29	.63	.1
14. Тема достижений	-.04 .75	.27* .036	.06 .64	.11 .5	-.22 .19	-.23 .17
15. Угроза жизни	-.31* .017	.2 .13	.4* .002	-.28 .09	-.15 .37	-.25 .1

В контрольной группе, в отличие от основной, не выявлены корреляции между характеристиками образов будущего и COVID-связанными параметрами. В основной группе **важность образа будущего для идентичности** коррелировала с готовностью к использованию СИЗ (r=0.32. p=0.01). готовностью изменять поведение под влиянием штрафов (r=0.34. p=0.008) и самоизоляции (r=0.43. p=0.001).

«Отдых и исследования» имели слабую отрицательную связь с готовностью изменять поведение под влиянием самоизоляции (r=-0.25. p=0.05), а **«Отношения»** - положительную с влиянием самоизоляции (r=0.25. p=0.05) и с влиянием штрафов (r=0.34. p=0.009). Кроме того, в основной группе феноменологические параметры образов будущего чаще и сильнее коррелировали с показателями импульсивности, а в контрольной с уровнем безнадежности.

Обсуждение и выводы. Мы обнаружили взаимосвязи между намерениями в отношении связанного со здоровьем поведения и психологическими маркерами аутоагрессивного поведения – а именно безнадежностью и импульсивностью, более выраженными в основной группе. Так, только в основной группе была обнаружена связь между готовностью к использованию СИЗ и импульсивностью (но не безнадежностью). Кроме того, выявлена положительная корреляция безнадежности с признанием COVID-19 и отрицательная – с готовностью изменять свое поведение под влиянием штрафов. Эти данные могут свидетельствовать о том, что зависимые от ПАВ пациенты с высокой безнадежностью могут пренебрегать мерами предосторожности и демонстрировать рискованное поведение в отношении здоровья, в том числе в силу повышенной импульсивности.

Клинически важным результатом нашего исследования стали обнаруженные положительные корреляции между личностной значимостью образов будущего и намерениями соблюдать противоэпидемиологические меры, то есть важность образа будущего для идентичности способствовала формированию, по крайней мере, вербализуемого намерения соблюдать рекомендованные меры. Необходимо отметить, что, несмотря на декларацию

здоровых намерений, зависимые фактически обнаруживали себя в ситуации высокого риска заражения COVID – наркологическом стационаре. Возможно, это происходило за счет влияния импульсивности, поскольку отрицательные связи между ее уровнями и параметрами проспективного мышления могут косвенно свидетельствовать о склонности зависимых к импульсивным и рискованным действиям из-за дефицитов планирования.

Таким образом, в ходе нашего исследования удалось доказать, что отрицание COVID, низкая готовность пользоваться СИЗ и соблюдать противоэпидемиологические меры связаны с более высокими показателями безнадежности и импульсивности и дефицитами проспективного мышления, а пациенты с синдромом зависимости от ПАВ демонстрируют более рискованное поведение в отношении COVID-19. Кроме того, было установлено, что важные для личности образы будущего могут использоваться в качестве ресурса, позволяющего реализовывать здоровые намерения следовать противоэпидемиологическим мерам в контексте эпидемии инфекционного заболевания, что возможно использовать при проведении психотерапии.

Литература / References

1. Горбатков, А.А. Шкала надежды и безнадежности для подростков: некоторые аспекты валидности // Психологическая наука и образование. 2002. Т. 7. № 3. С.89–103.
2. Динамика психологических реакций на начальном этапе пандемии COVID-19 [Электронный ресурс] / С.Н. Ениколопов [и др.] // Психологическая газета. 2020. - URL: https://psy.su/feed/8182/ (дата обращения: 8.06.2020).
3. Ениколопов,. С.Н., Медведева Т.И. Апробация русскоязычной версии методики «шкала импульсивности Барратта» (BIS-11) [Электронный ресурс] // Психология и право. 2015. Том 5. № 3. С.75–89. doi:10.17759/psylaw.2015050307
4. Beck A.T. et al. The measurement of pessimism: The hopelessness scale. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1974. Vol.42. P. 861-865. doi:10.1037/h0037562
5. D'Argembeau A., Lardi C., van der Linden M. Self-defining future projections: Exploring the identity function of thinking about the future. Memory. 2012. Vol. 20(2). P. 110–120. doi:10.1080/09658211.2011.647697
6. Kawohl W., Nordt C. *COVID-19, unemployment, and suicide* // Lancet Psychiatry. 2020. Vol. 7(5). P. 389-390. doi:10.1016/S2215-0366(20)30141-3
7. Klonsky E.D., May A. Rethinking impulsivity in suicide // Suicide Life Threat Behav. 2010. Vol. 40(6). P. 612-619. doi:10.1521/suli.2010.40.6.612

8. Moskowitz D.A., Roloff M.E. The ultimate high: sexual addiction and the bug chasing phenomenon // Sex Addict Compuls. 2007. Vol. 14. P. 21-40. doi: 10.1080/10720160601150121
9. O'Connor R. C., Smyth R., Williams J. M. G. Intrapersonal positive future thinking predicts repeat suicide attempts in hospital-treated suicide attempters // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2015. Vol. *83*(1). P. 169-176. doi:10.1037/a0037846
10. Petterson S. et al. Projected deaths of despair during the coronavirus recession [Электронный ресурс]. 2020. Well Being Trust. URL: https://wellbeingtrust.org/wp-content/uploads/2020/05/WBT_Deaths-of-Despair_COVID-19-FINAL-FINAL.pdf (дата обращения: 8.06.2020).
11. Qiu J et al. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations [Электронный ресурс] // General Psychiatry. 2020. Vol. 33(e100213). doi:10.1136/ gpsych-2020-100213 (дата обращения: 8.06.2020).
12. Roepke, A.M. and Seligman, M.E.P. Depression and prospection // Br J Clin Psychol. 2016. Vol. 55. P. 23-48.
13. Steeg S. et al. The exacerbating influence of hopelessness on other known risk factors for repeat self-harm and suicide // Journal of Affective Disorders. 2016. Vol. 190. P. 522-528. DOI:10.1016/J.JAD.2015.09.050
14. Volkow N.D. Collision of the COVID-19 and Addiction Epidemics. Ann Intern Med. 2020. M20-1212. doi:10.7326/M20-1212

СЕЛФИ: ОТ УПРАВЛЯЕМОЙ САМОПРЕЗЕНТАЦИИ ДО ПРОБЛЕМНОГО ПОВЕДЕНИЯ

С.О. Хилькевич
Гомельский государственный медицинский университет»
Республика Беларусь, г. Гомель

Аннотация. Прогрессирующее распространение феномена селфи привело к формированию новых проблемных форм поведения с определенными негативными последствиями для индивида и его окружения. Это стало новым концептуальным вызовом для психопатологии. В статье, на основании анализа современных мировых исследований, суммируются причины широкого распространения феномена селфи, его ведущие мотивы, варианты проявления, а также эволюция научных взглядов на проблемный вариант его реализации.

Ключевые слова: селфи, селфит, самопрезентация, поведенческая зависимость, навязчивое состояние.

SELFIE: FROM GUIDED SELF-PRESENTATION TO PROBLEM BEHAVIOR

Khilkevich Sergey Olegovich
Assistant of the Department of Neurology and Neurosurgery with courses of Medical Rehabilitation and Psychiatry Gomel State Medical University
Republic of Belarus, Gomel

Absract. The progressive spread of the selfie phenomenon has led to the formation of new problematic forms of behavior with certain negative consequences for the individual and his environment. This posed a new conceptual challenge for psychopathology. The article, based on the analysis of modern world research, summarizes the reasons for the widespread occurrence of the selfie phenomenon, its leading motives, variants of manifestation, as well as the evolution of scientific views on the problematic version of its implementation.

Key words: selfie, selfitis, self-presentation, behavioral addiction, obsessive state.

Введение. Бурная технологическая эволюция последних десятилетий, проявляющаяся, прежде всего, в развитии цифровых технологий и росте сетевых коммуникаций, выразилась в существенной трансформации социальной реальности. Последнее подразумевает под собой появление новых форм интерперсональной коммуникации, вариантов самопрезентации и самореализации. Вместе с этим фотографирование, имевшее ранее больший уклон в функции фиксации и сохранении определённой информации, превратилось в значимый визуально-коммуникативный акт, реализуемый в виртуальном (интернет) пространстве. Совершенствование и доступность техники наряду с высокой популярностью социальных сетей поспособствовали появлению и быстрому распространению внутри них целого ряда новых феноменов и явлений, одним из которых является селфи. Несмотря на многочисленные исследования данного феномена, до сих пор нет единой концепции в его осмыслении. Диапазон мнений распространяется от концептуализации его как новой формы патологии, до простых и логичных форм самопрезентации и коммуникации, появление которых ожидаемо и продиктовано технологическим состоянием общества.

Объекты и методы исследования. Теоретический анализ и обобщение современных научных исследований в области феномена селфи.

Результаты и их обсуждение. На сегодняшний день трудно представить себе человека, который никогда не пробовал бы делать селфи. Под термином «селфи» (от английского «self» — сам, себя) понимают разновидность автопортрета, заключающуюся в запечатлении самого себя на фотокамеру. Этот процесс может быть осуществлён как фиксируемой в вытянутой руке фотокамере, так и при помощи зеркала (или иной отражающей поверхности) или специальных аксессуаров (например, телескопической палки с пультом для выполнения дистанционного селфи). Чаще всего получившаяся фотография демонстрируется другим посредством социальных сетей или программ для обмена сообщениями. В последние годы различные приложения на мобильных устройствах позволяют добавлять непосредственно к выполняемому селфи различные эффекты и фильтры (например, использование масок животных, накладных аксессуаров, различных визуальных эффектов, ретуширования и т.д.), что осуществляет расширение мотивов и целей выполняемого селфи.

Популярность селфи можно объяснить, прежде всего, тем, что это является наиболее удобным способом фотографирования. Селфист выступает в роли субъекта и объекта одновременно, может подобрать выгодный ракурс, подготовиться к съемке заранее и делать снимки неопределённое количество раз, до достижения желаемого и сразу получаемого результата, так как никто и ничто его в этом не ограничивает [2, С.48].

Для верного понимания такого сложного социокоммуникативного феномена, коим является селфи, требуется всестороннее рассмотрение всех его составляющих. Речь идёт не только о мотивах и целях данного действия, но также и о среде, в которой оно осуществляется, ожиданий, которые в него вкладываются и личностно-социальных предпосылок, которые способствуют его реализации и распространению.

При анализе современных научных исследований феномена селфи не удалось найти единой полной классификации мотивов этого акта. Обобщив исследования в этой области в качестве теории можно предложить условное разделение их на четыре группы: экзистенциальные, социальные, коммуникативные и личностные.

Первые характеризуются стремлением к фактологическому подтверждению существования и обладания определённым моментом реальности, сохранением мира («это было» [1, С.134]) и возможностью возвращения в ту временную точку с её очередным переживанием и, тем самым, способствую «кризису смерти» [1, С.163].

Социальные мотивы продиктованы как использованием селфи в роли метода социализации и коммуникации в интернет-пространстве, являясь не только желательным, но в отдельных случаях – обязательным элементом [3, С.164], так и участия в социальной активности и конкуренции (в том числе и в объективной реальности) в целом [5, С.1573].

Относительно коммуникативных мотивов селфи можно выделить следующие варианты, определяющие их целевую направленность:

1. Интраперсональная (внутриличностная) коммуникация, как способ самопознания и конструирования своей личности.

2. Интерперсональная (межличностная) коммуникация как способ социального взаимодействия с другими, самопрезентация и самореализация.

Личностный особенности характеризуются профилирующей концепцией нарциссизма [9, С.333] (по некоторым мнениям - эксгибиционизма [8, С.193] или макиавеллизма [14]), попыткой преодоления социальной тревоги, связанной с внешним видом [11, С.42], чувством одиночества, низкой самооценкой [12, С.285] и личностными особенностями индивида [4]. Другими словами, посредством селфи решаются внутриличностные мотивы или конфликты.

Американские исследователи выделяют следующие формы селфи-деятельности, демонстрирующие степень вовлеченности человека в данный процесс [16, С.58]:

1. Пограничная - фотографирование себя не менее трех раз в день, без выкладывания фотографий в интернет.

2. Острая - фотографирование себя 3–5 раз в день с обязательным размещением снимков на общее обозрение в интернете.

3. Хроническая - выполнение минимум шести автопортретов в день и активное размещение их в интернете, сопровождающееся возникающим неконтролируемым желанием делать селфи.

Вопросы, касающиеся поведенческих зависимостей, были и остаются предметом дискуссии в научных кругах, всё больше сводясь к пониманию, что не всякое повторяющееся и проблемное поведение нужно трактовать как зависимое [15, С.723]. На текущий момент нет и единого мнения относительно концептуализации «проблемного» (деятельность, приносящая индивиду определённые негативные последствия и сопровождающаяся рядом психопатологических феноменов) варианта селфи-активности. Изначально подобный вариант деятельности рассматривался исключительно как вариант зависимого поведения с соответствием основных клинических проявлений симптоматики синдрома зависимости, описанного в критериях для диагностики

всех нехимических зависимостей [10, С.1391]. Однако, в последнее время, рядом исследователей всё чаще разделяется идея о том, что чрезмерный вариант селфи-активности носит характер скорее навязчивого поведения, нежели зависимого. Для обозначения был введен термин «селфит» («selfitis») обозначающий «обсессивно-компульсивное желание сфотографировать себя и опубликовать снимок в социальных сетях» [7, С.4].

Исследование данного феномена продолжается, а однозначных аргументов в чью-либо пользу пока нет, равно как и единогласного признания «проблемного» варианта селфи-деятельности патологией. Разработанная специализированная диагностическая шкала «Selfitis Behavior Scale» (SBS) [4], исследование которой проходит в ряде стран [13] [6, С.222], направлена на выявления проблемного варианта селфи-деятельности и вполне возможно позволит расширить знания относительно феномена селфи, а также механизма и динамики его проблемного варианта.

Заключение. Селфи является не просто особой формой современного автопортрета, но и выполняет роль самопрезентации и коммуникации в виртуальном пространстве. Развитие техники для фотографирования позволяет выполнять селфи при первой же потребности. Распространение и доступность интернета, а также наличие специальных приложений позволяет моментально делиться получившимися фотоснимками в виртуальном пространстве с последующим отслеживанием отзывов или оценок. Личностные особенности вносят существенную роль в ориентировании индивида на селфи-активность.

На текущий момент большинство исследователей данного феномена в публикациях сходятся во мнениях, что чаще всего селфи-деятельность является беспроблемной и не связана с какими-либо негативными последствиями (например, социальными, личностными или психологическими). Вместе с этим чрезмерная вовлечённость может соответствовать «проблемному» уровню, концептуальной принадлежности которого к какому-то единому психопатологическому варианту (зависимость, навязчивость и т.п.) нет.

Исследования данного феномена чрезвычайно важно не только с целью понимания особенностей и механизмов развития «проблемного» варианта, но и выработки адекватных лечебных тактик и превентивных стратегий.

Литература / References

1. Барт, Р. Camera lucida. Комментарий к фотографии. М.: ООО Ад Маргинем Пресс, 2011. 272 С.
2. Малышева, Е.В., Романова, Ан.А. Дискурсивные практики селфи в современном социальном обществе // Мир лингвистики и коммуникации:

электронный научный журнал.-2016.-№3.-С.46–51.-URL: http://tverlingua.ru/archive/045/08_045.pdf (дата обращения: 06.09.2020).
3. Орех, Е.А., Богомягкова. Е.С.К пониманию «мимолетных» селфи: эволюция стратегий самопрезентации в социальных сетях //Социология науки и технологий.- 2019. -Т. 10. -№. 4. -С.161-175.
4. Balakrishnan J., Griffiths M.D. An exploratory study of «selfitis» and the development of the Selfitis Behavior Scale // International journal of mental health and addiction. -2018. Vol. 16(3). P. 722–736. URL: https://link.springer.com/article/10.1007/s11469-017-9844-x (accessed: 06.09.2020).
5. Begum F. Selfitis: A Newer Behavioral Addiction – A Review // International Journal of Trend in Scientific Research and Development. 2019. Vol. 3(5). P. 1572-1574.
6. Evaluation of the Selfitis Behavior Scale across two Persian-speaking countries, Iran and Afghanistan: advanced psychometric testing in a large-scale sample / Lin C. Y. et al. // International Journal of Mental Health and Addiction. 2020. Vol. 18(1). P. 222-235.
7. Griffiths M.D., Balakrishnan J. The psychosocial impact of excessive selfie-taking in youth: A brief overview // Education and Health. 2018. Vol. 36(1). P. 3-5.
8. Maddox J. “Guns Don’t Kill People… Selfies Do”: rethinking narcissism as exhibitionism in selfie-related deaths // Critical Studies in Media Communication. 2017. Vol. 34(3). P. 193–205.
9. Malik N.I., Zafar J., Saleemi A. Narcissism and self-esteem as predictors of Selfitis among Youth // Rawal Medical Journal. 2020. Vol. 45(2). P. 331–333.
10. Marks I. Behavioural (non-chemical) addictions // British journal of addiction. 1990. Vol. 85(11). P. 1389–1394.
11. Me, my selfie, and I: The relationship between editing and posting selfies and body dissatisfaction in men and women / Lonergan A. R. et al. // Body Image. 2019. Vol. 28. P. 39–43.
12. Nagaraju R., Chikkegowda L.K. Selfie: A Rising Culture. Assessment of Selfitis And Its Relation with Self-Esteem Among Medical and Nursing Students: A Cross-Sectional Study // National J Community Med. 2019. Vol. 10(5). P. 285–289.
13. Selfitis behavior: assessing the Italian version of the Selfitis Behavior Scale and its mediating role in the relationship of dark traits with social media addiction / Monacis L. et al. // International journal of environmental research and public health. 2020. Vol. 17(16). URL: https://www.mdpi.com/1660-4601/17/16/5738/htm (accessed: 06.09.2020).

14. Singh D., Lippmann S. Selfie addiction // Internet and Psychiatry. 2017. URL: https://www.internetandpsychiatry.com/wp/editorials/selfie-addiction/ (accessed: 06.09.2020).
15. Starcevic V. Behavioural addictions: A challenge for psychopathology and psychiatric nosology // Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2016. Vol. 50(8). P. 721–725.
16. Varma D.R., Sarada K., Rani S.R. A Study on «Selfitis», Selfie Addiction Among Medical Students // Journal of Dental and Medical Sciences. 2020. Vol. 19(3-3). P. 58–61.

ФРУСТРАЦИЯ БАЗОВЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ КАК ФАКТОР ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ

О.А. Цветкова, О.В. Волкова, А.В. Рупека
ФГБОУ ВО «Омский государственный технический университет», Россия, г.Омск
ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого», Россия, г. Красноярск

Аннотация. Исследование посвящено актуальной теме факторов формирования отклоняющегося поведения. Фрустрация базовых потребностей может приводить как к реакциям отказа от всякой активности (эффект выученной беспомощности), так и поиску псевдоактивностей, которыми выступают различные формы отклоняющегося поведения. Установлено, что фрустрация базовых потребностей является одним из ведущих психологических факторов формирования девиантного поведения как в отношении аддиктивного, так и антисоциального поведения.

Ключевые слова: отклоняющееся поведение, фрустрация базовых потребностей, эффект выученной беспомощности, аддиктивное поведение, антисоциальное поведение.

FRUSTRATION OF BASIC NEEDS AS A FACTOR OF DEVIANT BEHAVIOR

O. A. Tsvetkova, O. V. Volkova, A.V. Rupeka
«Omsk state technical University», Omsk, Russia
Krasnoyarsk state medical University named after Professor V. F. Voino-Yasenetsky, Krasnoyarsk, Russia

Abstract. The study is devoted to the urgent topic concerning investigation of factors which influence the formation of deviant behavior. Frustration of basic needs can lead both to reactions of any activity refusal (the state learned helplessness), and the search for pseudo-activities, which are various forms of deviant behavior. It was found that frustration of basic needs is one of the leading psychological factors in the formation of deviant behavior in relation to both addictive and antisocial behavior.

Key words: deviant behavior, frustration of basic needs, learned helplessness effect, addictive behavior, antisocial behavior

Введение. Отклоняющееся или девиантное поведение - объект исследования многих ученых. Размышления о непохожести и социальной норме можно найти у авторов ранней античной философии. На протяжении всей жизни человечества и возникновения науки ученые пытались объяснить, как образуются нормы и какое поведение можно считать отклонением от норм. Изучение отклоняющегося поведения привело к появлению отдельной междисциплинарной отрасли знания – девиантологии. В настоящее время, в связи с резким изменением уклада жизни, как отдельного человека, так и человечества в целом, можно констатировать возрастание поведенческих девиаций и новых запросов на изучение факторов, приводящих к ним. Наш теоретико-методологический анализ посвящен изучению психологических факторов формирования отклоняющегося поведения. В частности, достаточно разобщенным и до конца не сформулированным является ответ на вопрос, каким образом происходит искажение в формировании личности, приводящее к девиантному поведению (в его негативной коннотации). В ряду психологических факторов, многие исследователи, как к одному из ведущих, обращаются к детско-родительским отношениям. При этом сама констатация типа детско-родительского отношения не приводит к ответу на вопрос - почему формируется и возникает девиация. Так, в частности, в криминальной психологии при исследовании личности насильственных преступников, обращает внимание факт, что во всех случаях происходили нарушения в отношениях родитель-ребенок, когда мать дистанцировалась от ребенка, была эмоционально холодной и невнимательной к нуждам ребенка. Еще хуже обстояла ситуация, когда мать отвергала и не принимала ребенка [6]. Однако, обнаружение факта, что у всех преступников насильственного типа имеются подобные нарушения во взаимоотношениях «родители-ребенок», не позволяют в полной мере, говорить об обратной зависимости. Это положение требует дальнейшего изучения. Нам кажется важным исследовать такой механизм, который может в случае нарушения детско-родительских отношений

выполнять роль фактора, определяющего девиацию. Мы предполагаем, что таким механизмом является фрустрации базовых потребностей ребенка со стороны родителей.

Объектом исследования выступают психологические факторы отклоняющегося поведения, предметом исследования является фрустрация базовых потребностей личности как фактор отклоняющегося поведения.

Обратимся к анализу понятия «отклоняющееся» или «девиантное» поведение. Если рассматривать девиантное поведение как любое отклонение от нормы, то разброс поведенческих реакций будет очень широким: от творчества выдающихся деятелей культуры и искусства до суицидального поведения. В своей работе мы будем использовать классификацию девиантного поведения Ц.П. Короленко и Т.А. Донских [цит. по 4, с. 32]. Авторы выделяют следующие виды девиантного (отклоняющегося) поведения: нестандартное поведение и деструктивное поведение. Нестрандартное поведение включает формы поведения, которые ориентированы на позитивный для общества результат, но не укладывается в общепринятые в данное время рамки. Деструктивное поведение описывает весь круг явлений, которые имеют негативные последствия, как для личности, так и для общества в целом. Именно деструктивное поведение подразумевается в первую очередь, когда речь идет об отклоняющемся поведении (в узком смысле). То есть для большинства специалистов при употреблении словосочетания «девиантное поведение» оно будет выступать синонимом деструктивного поведения. Деструктивное поведение предполагает разрушение каких-либо (внешних или внутренних) структур. Ц.П. Короленко и Т.А. Донских выделяют такие виды деструктивного поведения, как: внешнедеструктивное поведение, которое направлено на нарушение социальных норм (сюда относятся: антисоциальное поведение и аддиктивное поведение) и внутридеструктивное поведение, которое предполагает разрушение внутриличностных структур (суицидальное, конформисткое, фанатическое, аутистическое и нарциссическое поведение).

В своей работе под отклоняющимся (девиантным) поведением мы будем понимать различные формы деструктивного поведения, и в первую очередь, внешнедеструктивные формы, такие как антисоциальное поведение и аддиктивное поведение.

В психологической литературе существует большое разнообразие подходов к рассмотрению факторов девиантного поведения. Ю.А. Клейберг [5] обобщая их, указывает на три группы факторов и соответственно теоретических направлений в объяснении: биологический подход, психологический подход и социологический подход. Однако, для целей

коррекции и профилактики нам представляется интересным подход С.А. Беличевой [1] к выделению факторов девиантного поведения. Она выделяет следующие группы факторов: индивидный, психолого-педагогический, социально-психологический, личностный и социальный факторы. Индивидный фактор составляет психобиологические предпосылки, которые затрудняют социальную адаптацию, причем сюда входят не только те предпосылки, которые обычно выделяются в криминальной психологии, но и любые физические недостатки, которые могут затруднить вхождение ребенка в группу сверстников. Психолого-педагогический фактор определяет дефекты в семейном и школьном воспитании. Социально-психологический фактор деструктивные отношения с ближайшим окружением (которое меняется в зависимости от этапа онтогенеза). Личностный фактор определяется сформированной направленностью личности, теми выборами и стратегиями, которые активно и избирательно использует личность для разрешения жизненных ситуаций. Социальный фактор выступает тем фоном, на котором разворачивается жизнедеятельность семьи и отдельного человека и который может благодаря другим факторам определять ведущие тенденции личности (например, дефицитарность в удовлетворении витальной потребности в еде может приводить к формированию отношения к пище, как ценности и переживанию чувства безопасности только когда существует избыток пищи).

Этот подход интересен и тем, что указывает на системные связи, которые могут задавать специфику в том или ином случае, что необходимо учитывать для построения оптимальной коррекционной и профилактической работы в каждой конкретной ситуации.

Большинство авторов указывают на психологические факторы, как основные в формировании отклоняющегося поведения. Наиболее важными из них представляются детско-родительские отношения и их проявления на разных этапах становления личности. Негативным последствиям деструктивных детско-родительских отношений посвящено много работ. Однако нам кажется, что в них недостаточно раскрыт (он как бы очевиден и потому вынесен за скобки, т.е. подразумевается) тот механизм, который и формирует эти негативные последствия. Любые деструктивные детско-родительские отношения потом транслируются ребенком через устойчивые паттерны поведения на другие сферы жизни, выходя за пределы ближайшего окружения, проникая в другие социальные сферы, с одной стороны провоцируя, а с другой стороны подкрепляя деструктивные формы поведения и эффекты. Это влияние вызвано тем, что любые деструктивные отношения между родителем и ребенком создают ситуацию фрустрации базовых для

личности на данном жизненном этапе потребностей. Фрустрация – это процесс и психическое состояние, которое характеризуется невозможностью реализации актуальной для человека потребности и препятствием к достижению цели и продолжению целенаправленной деятельности. Фрустрация неизбежна в жизни каждого человека. В состоянии фрустрации человек оказывается перед необходимостью поиска путей адекватной реализации и удовлетворения потребности. В случае нормальной адаптации начинается активный поиск таких форм поведения, которые разрешают ситуацию. Происходит удовлетворение потребности или снятие потребностного состояния и переживание фрустрации прекращается. Однако, если в опыте человека фрустрация потребностей возникала в те периоды жизни, когда он был еще не способен влиять на разрешение ситуации и это разрешение наступало непредсказуемо и независимо от действий человека, постепенно начинали формироваться искаженные стратегии поиска и удовлетворения потребности.

Одной из таких неадекватных реакций является феномен выученной беспомощности, который проявляется в отказе от всякой активности в психотравмирующей ситуации, поскольку человек убежден, что любые его действия обречены на провал. Выученная беспомощность характеризуется возможностью к генерализации, то есть, возникая в одной сфере жизни, она захватывает все остальные, приводя к ощущению полной бессмысленности жизни [2]. Характерным для лиц, подверженным выученной беспомощности, являются дефекты волевой регуляции и экстернальный локус контроля, в каком-то смысле можно говорить в этом случае о потере «субъектности» и отказе от своего активного и действующего «Я», а также фиксация неадекватно заниженной самооценки. Рефлексия этого выступает для личности дополнительным фрустратором (на тех этапах онтогенеза, когда личность вполне способна осознавать себя). Это приводит к нарастанию напряжения и поиску компенсаторных замен, которые на самом деле никогда не выступают достаточной альтернативой неудовлетворенной потребности. Именно поэтому фрустрация начинает носить длительный характер и выступать травмирующим фактором, создающим дополнительные условия для дальнейшей дезадаптации личности.

Подобный механизм действует и в случае аддиктивного поведения (в различных его формах) [3;7]. Фрустрация базовых потребностей личности приводит к поиску иных, компенсаторных путей, приносящих удовлетворение и разрядку возникших потребностей, но в силу невозможности замены базовой потребности и ее реального удовлетворения таким суррогатным путем, происходит как бы вторичная травматизация, усиливающая напряжение,

испытываемое человеком. В случае с аддикцией, в качестве такой компенсации происходит активный поиск аддиктивного агента – «проводника», который не удовлетворяет фрустрированную потребность, а позволяет как бы «перескочить» на следующий этап – почувствовать разрядку и удовлетворение. Как отмечают Н.В. Дмитриева и Л.В. Левина, важную роль в закреплении аддикции играет аттачмент - «стойкая и сильная фиксация на воздействии, изменившим дискомфортное психическое состояние» [3, с.67]. Другими словами, «замена» реальной потребности сама становится ценностью, уводя человека от переживания фрустрации по поводу невозможности удовлетворения базовой потребности, но создавая сверхценность аддиктивному агенту.

Подобный механизм можно обнаружить и в антисоциальном поведении, в частности, на примере личности насильственных преступников. В качестве «гарантии» удовлетворения возникающих потребностей выступает другой человек, которому в этом случае приписывается возможность выступать реализатором потребности. Фрустрация базовых потребностей на ранних этапах онтогенеза и существование «на грани» выживания закрепляет зависимость насильственного преступника от другого человека (первоначально родителя, который недостаточно внимательно относился к удовлетворению потребностей ребенка). С одной стороны потребность никогда не была полностью удовлетворена, с другой стороны ее удовлетворение не зависело от реакций самого ребенка. Это закрепляло зависимость ребенка от родителей. Эти же отношения переносятся на схожие по каким-то признакам объекты (вернее субъектов) во взрослой жизни [6]. Однако другой человек не способен в полной мере отвечать ожиданиям, что создает рассогласование и представление о нем, как не желающем реализовать данные потребности. С другой стороны, эта ситуация порождает страх потери «объекта» и патологического желания его удержания. Это приводит к насильственным действиям по отношению к такому человеку и принуждению к удовлетворению потребности. Насильственный преступник просто не в силах допустить, что данный человек не способен удовлетворить его потребности в полной мере. Это опять запускает «порочный круг» фрустрации, создавая дополнительное напряжение.

Таким образом, проведенный нами теоретико-методологический анализ современных психологических исследований позволил прийти к выводу о том, что фрустрация базовых потребностей личности является одним из факторов формирования отклоняющегося поведения личности, что проявляется как механизм формирования в различных формах отклоняющегося поведения.

Литература / References

1. Беличева, С.А. Превентивная психология в подготовке социальных педагогов и психосоциальных работников: учебное пособие/ С.А. Беличева. – СПб.: Питер, 2012. – 336 с.
2. Волкова, О.В. Выученная беспомощность: технология исследования генеза / О.В. Волкова; М-во здравоохранения РФ, Красноярский гос. Мед. ун-т им. Проф. В.Ф. Войно- Ясенецкого. – Новосибирск: Изд-во СО РАН, 2018. – 229 с.
3. Дмитриева, Н.В., Левина Л.В. Психологические механизмы развития аддиктивного поведения / Н.В. Дмитриева, Л.В. Левина // Сибирский педагогический журнал. – 2012. - №9. – С. 65-71
4. Змановская. Е.В. Девиантология: Психология отклоняющегося поведения/ Е.В. Змановская. – М.: Издательский центр «Академия», 2007. – 288 с.
5. Клейберг, Ю.А. Психология девиантного поведения : Учебное пособие для вузов. — М.: ТЦ Сфера, при участии «Юрайт-М» 2001.-160 с.
6. Прикладная юридическая психология / под ред. А.М. Столяренко. – М.: Юнити, 2001. – 639 с.
7. Хмелев. Е. А., Ветюгов, В. В. Исследование роли фрустрации базисных потребностей в развитии аддиктивного поведения у девочек-подростков // Вестник Нижегородского университета им. Н.И.Лобачевского. Серия: Социальные науки. 2006. №1. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-roli-frustratsii-bazisnyh-potrebnostey-v-razvitii-addiktivnogo-povedeniya-u-devochek-podrostkov (дата обращения: 09.09.2020).

МАССОВОЕ МЕРОПРИЯТИЕ КАК ФОРМА ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

С.В. Чернышев

ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер»,
Россия, г. Кемерово

Аннотация. В статье представлено описание проекта «Фестиваль хобби и увлечений «Радость жить трезво!», который разработан и успешно реализуется на протяжении последних лет Кузбасским клиническим наркологическим диспансером. Данный материал включает, в том числе, этапы подготовки и реализации проекта, имеет исключительно практическую направленность и может быть использован в качестве методических рекомендаций для тиражирования проекта.

Ключевые слова: социальные проект, профилактика наркологических расстройств, ЗОЖ, подготовка массового мероприятия, альтернатива алкогольному времяпровождению, день трезвости.

MASS EVENT AS A FORM OF PREVENTION NARCOLOGICAL DISORDERS

S.V. Chernyshev

Kuzbass Clinical Narcological Dispensary, Russia, Kemerovo

Abstract. The article describes the project «Festival of Hobbies and Hobbies» The Joy of Living Soberly! «This material includes, among other things, the stages of preparation and implementation of the project, has an exclusively practical orientation and can be used as guidelines for the replication of the project.

Key words: social project, prevention of drug addiction disorders, healthy lifestyle, preparation of a mass event, alternative to alcoholic pastime, day of sobriety.

Введение. Фестиваль хобби и увлечений – это ежегодный социальный проект, созданный для продвижения самых различных форм проведения свободного времени, не связанных с употреблением алкоголя. Это своего рода «витрина» возможных занятий для самых различных категорий населения. Среди направлений: хенд-мейд, рукоделие, коллекционирование, рисование песком, оригами, настольные игры, моделирование, уличный спорт, технические виды спорта, боевые искусства, йога, танцы, игра на музыкальных инструментах, фотография, воспитание и дрессировка домашних животных и другое. Положительные отзывы зрителей и участников, а также СМИ показали эффективность идеи.

Мероприятие разрабатывалось к проведению Всероссийского дня трезвости – 11 сентября.

Описание проекта. Помимо того, что сама идея фестиваля несет в себе профилактическую функцию – показать альтернативу алкогольному веремяпровождению, на площадке силами сотрудников наркологического диспансера и партнеров проводится ряд профилактических акций: прогулка с доктором, упражнение «Фатальное зрение» в рамках проекта «Автотрезвость», распространение просветительских материалов, обучение приемам оказания первой помощи.

Механика проведения фестиваля сводится к решению двух задач: привлечение участников и организация массового посещения мероприятия.

В назначенный день, в указанное время все желающие приходят на площадку, где участники фестиваля проводят для них презентации своих студий, кружков, секций, сообществ, организуют для пришедших мастер-классы, конкурсы, фото-сессии. На сцене проходит концертная программа с участием тех же творческих студий и приглашенных коллективов и солистов.

Концертная программа необходима для создания праздничной атмосферы, с одной стороны, и привлечения внимания прохожих, с другой. Участники так же могут кратко презентовать свое направление со сцены.

Поскольку, как правило, дата совпадает с рабочим днем, то время начала фестиваля приходится на вторую половину дня, когда одна часть целевой аудитории – студенты, школьники, уже закончили занятия, а чуть позже посетить мероприятия смогли бы и закончившие работу взрослые – другая часть целевой аудитории.

Таким образом, фестиваль может быть ограничен хронометражем с 17 до 20 часов. Более позднее окончание не оправдано в связи с сумерками.

Результат. Результат реализации проекта в его количественном выражении может быть представлен следующими количественными характеристиками:

- охват массовый – число зрителей, посетивших мероприятие.
- охват участников – число участников, представивших свои направления.
- охват медийный – количество публикаций в СМИ и социальных сетях.

Опираясь на опыт проведения, планируемые характеристики охвата, представляются в следующих цифрах:

- охват массовый – не менее 500 зрителей.
- охват участников – не менее 30 участников.
- охват медийный – не менее 5 публикаций и сюжетов в СМИ, присутствие постов и комментариев зрителей и участников в социальных сетях.

Качественный результат оценивается фоном публикацией в постах и комментариях социальных сетей (преобладание положительного, нейтрального или отрицательного фонов).

Команда проекта. Команда формируется на проектной основе и создается перед началом реализации. Практика показывает, что при умелом подходе, штат команды может быть минимальным. В 2018 году вся координация проекта осуществлялась одним сотрудником. Но определенное делегирование видится необходимым. Поэтому в структуру команды могут быть включены следующие позиции:

- **координатор проекта:** формирует команду проекта, осуществляет общую координацию, формирует пул участников и проводит переговоры,

отвечает за продвижение, осуществляет взаимодействие со структурами органов власти и средствами массовой информации.

- **координатор площадки:** отвечает за выбор площадки, оформление, подбор партнера по подготовке сценария, техническому обеспечению, ведению мероприятия, координирует организацию соблюдения правопорядка.

- **координатор профилактического направления:** отвечает за проведение профилактических акций, осуществляет подбор специалистов - участников, изготовление просветительских материалов, привлечение партнеров на локацию «оказание первой помощи».

Стратегический план подготовки мероприятия. Известная заранее дата и технологическая задача - собрать на одной площадке как можно больше людей, увлекающихся чем-то и как можно больше людей, желающих увидеть и то, чем интересно было бы заняться, - упрощают организацию мероприятия. Усложняют - изменчивость погодных условий и невозможность представить точное число участников, список может корректироваться до последнего дня.

Кроме того, подготовка мероприятия заранее невозможна по причине отпускного периода потенциальных участников.

План подготовки включает решение следующих задач:

1. Подбор участников:

- мозговой штурм для определения направлений и видов участников (уличный спорт, технический спорт, игры, рукоделие, музыка и др.).

- переговоры с участниками прошлых фестивалей.

- переговоры с новыми потенциальными участниками.

2. Аренда площадки

- критерии площадки: возможность массового пребывания людей, доступность, расположение вблизи транспортных и пешеходных потоков, наличие сцены или подиума, возможность размещения палаток, столов и т.д., возможность электроподключения).

3. Организационное и техническое обеспечение

- поиск партнера по разработке сценария, определение участников концертной программы, техническое обеспечение (звук).

4. Разработка и утверждение творческой составляющей (концертная и конкурсная программа)

- на аутсорсинге,(со стороны организатора - контроль и утверждение сценария, оформления площадки).

5. Рекламная поддержка мероприятия

- организация рекламы (поиск информационного партнера, организация производства рекламного сообщения, контроль трансляции).

- организация рекламы в студенческой аудитории (предоставление информации, размещение информации на вузах на различных носителях).

6. Подготовка профилактического направления

- подбор и подготовка (инструктаж) специалистов.
- разработка и изготовление элементов «айдентики» консультантов.
- изготовление полиграфической продукции.
- поиск партнеров по организации локаций «оказание первой помощи».

Границы проекта, контрольные точки

1. Проект «Фестиваль хобби и увлечений «Радость жить трезво!» проводится ежегодно во Всероссийский день трезвости 11 сентября.

2. Проект реализуется в течение 2,5-3 часов одного дня.

3. Подготовка к реализации проекта начинается за один календарный месяц до даты проведения.

4. Рекламная кампания начинается за десять дней до даты проведения, а в вузах – не ранее даты начала занятий.

5. Первый этап подготовки начинается распределением задач, определением круга возможных участников, новые направления.

6. В течение первого этапа (первая неделя) должны быть утверждены: площадка, партнер по организационно-техническому обеспечению. Партнер должен получить техническое задание по подготовке сценарного плана.

7. По завершении первой недели - информационные партнеры и формы их участия.

8. Пул участников может меняться, причем, в меньшую сторону по различным причинам. Поэтому необходимо за семь-десять дней до даты проведения иметь в распоряжении не менее 20 локаций.

9. Поскольку концертная программа формируется за счет студенческих творческих коллективов, ее подготовка начинается с даты начала занятий и завершается за три дня до даты проведения фестиваля.

10. Сценарий утверждается за пять-семь дней до даты проведения. В течение последующих дней возможны незначительные изменения и дополнения, связанные в основном с изменением количества локаций.

11. Рекламные, раздаточные материалы изготавливаются в течение десяти дней. Материалы должны быть у организатора за три дня до даты проведения.

12. Контрольные точки по направлениям подготовки - еженедельно.

13. Подведение итогов и мониторинг СМИ и социальных сетей проводятся сразу после проведения мероприятия в течение недели.

Риски проекта и варианты решения. Самый большой риск связан с погодными условиями. Если риск осадков велик, необходимо принятие

решения о переносе даты проведения и запуске рекламной кампании с уточненной датой.

Участники должны быть готовы даже к кратковременным осадкам и иметь при себе аксессуары для защиты реквизита.

Несущественный, но вполне реальный риск отказа от участия в проекте преодолевается резервом. Если запланировано не менее двадцати участников, то согласие необходимо не менее чем тридцати потенциальных участников. Для снижения риска отказа, участники мотивируются возможностью любого собственного продвижения, (установка рекламных конструкций, раздача информационных материалов, проведение конкурсов и т.д.).

Планирование работ и ресурсы. При планировании необходимо опираться не столько на календарные даты, они понятны и описаны выше, а на ресурсы, используя которые, необходимые работы будут выполнены в срок и с необходимым качеством.

Основу таких ресурсов составляют возможности сторонних партнерских организаций. Так, Министерство социальной защиты населения Кузбасса, отдел молодежной политики администрации г. Кемерово и другие располагают возможностью создать основу необходимого минимального количества локаций. Управление пропаганды безопасности дорожного движения УГИБДД КО – создание популярной фотозоны с автомототехникой, университет культуры – учасники концертной программы. Спортивно-технический клуб КузГТУ – создание фотозоны и локации «спортивные автомобили». Студенческий корпус спасателей «Скала», волонтеры-медики - локация «Обучение приемам оказания первой помощи». Этот список не является окончательным, а составлен на основе предыдущего опыта проведения.

Двухлетний опыт проведения фестиваля хобби и увлечений «Радость жить трезво!» доказал, что организация массового мероприятия как одного из приемов профилактики наркологических расстройств является успешной практикой и может широко использоваться.

Реалии 2020 года, когда проведение массовых мероприятий оказалось невозможным из-за пандемии, дали возможность провести эксперимент с изменением формата проведения фестиваля. И этот опыт проведения мероприятия не на открытой реальной площадке, а в социальных сетях, также можно оценить как положительный.

ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ИНТЕРНЕТ АДДИКЦИИ У ПОДРОСТКОВ

Ф.К. Шарипова, Ш.Р. Сулейманов
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт,
Узбекистан, г. Ташкент

Аннотация. В данной статье рассматривается влияние семейных взаимоотношений на формирование интернет-аддикции. Установлено, что на развитие компьютерной зависимости из социальных факторов важная роль принадлежит воспитательному значению семьи, а из психологических факторов выявлена склонность к развитию игровой компьютерной зависимости у подростков с эмоционально лабильными и психастеническими характера, у которых отмечается высокий уровень личностной и реактивной тревожности.

Ключевые слова: семья, воспитание, компьютерная игровая зависимость, аффективные расстройства, типологические особенности личности, нарушения поведения у подростков.

THE PREDICTORS OF DEVELOPMENT OF INTERNET ADDICTION IN ADOLESCENTS

F.K. Sharipova, Sh.R. Suleymanov
Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan,
Tashkent city

Abstract. This article discusses the impact of family relationships on the formation of Internet addiction. It has been established that the developmental role of computer addiction from social factors plays an important role in the educational value of the family, and from psychological factors, a tendency to develop gaming computer addiction in adolescents with emotionally labile and psychasthenic character who have a high level of personal and reactive anxiety is revealed.

Key words: family, education, computer gaming addiction, affective disorders, personal characteristics, behavior disorders in adolescents.

Введение. В условиях пандемии COVID-19 при вынужденном переходе на дистанционное онлайн обучение большинства школ, колледжей и лицеев возникает проблема длительного пребывания детско-подросткового контингента населения в виртуальном пространстве Интернета, способствующая формированию психоэмоциональных изменений у подрастающего поколения. Стремительное развитие информационных систем и цифровых технологий, доступность кибернетической среды Интернет-

пространства приводит к развитию компьютерной зависимости у детей и подростков [11, С.8]. Согласно данным исследователей, семейная дисфункция оказывает влияние на возникновение нарушений в поведении детей, предоставляя модели для развития аддиктивного, в том числе и интернет зависимого поведения [8, С.7]. Современные технологии нейровизуализации позволяют проследить нарушения переработки информации при формировании интернет-аддикции, расширить представления о патогенезе интернет-зависимого поведения и выделить нейрофизиологические маркеры, позволяющие объективно оценить риск развития аддиктивного поведения [5, С.98]. По оценкам зарубежных исследователей риск развития компьютерной зависимости имеет около 15 % популяции. В связи с ростом глобализации научно-технического прогресса и массового воздействия виртуального пространства и средств информации на популяцию человечества возникает проблема предупреждения негативных последствий на психику наиболее подверженных влиянию слоев населения - детей и подростков [2, С.147]. Как минимум четыре фактора лежат в основе формирования зависимого поведения: информационный (иллюзия контакта с информированным источником), коммуникационный (анонимность, реальное время, множественность образов, мультипользовательская среда), идентификационный (утрата связи образа с личностью), сетевая социализация (сетевая субкультура, сообщества маргинальных групп, криминальная киберсреда) [6, С.24]. Социальный характер данных факторов свидетельствует в пользу внушаемости населения и склонности верить непроверенной информации из сети интернета [13, С.5]. В тоже время нетрудно заметить, что по отношению к действию данных факторов особую уязвимость обнаруживают дети и подростки с определенной преморбидной патологической почвой, с личностной деформацией, с нарушениями способности к взаимодействию со сверстниками, парциальной когнитивной дефицитарностью[10, С.39]. По данным Американской академии педиатров зависимость отмечается у каждого десятого ребёнка. Наибольшую опасность представляют собой ролевые игры, поскольку игра является перевоплощением и отрывом от реальной действительности, где реализуются несбыточные мечты подростков с их ещё с несформировавшимся мироощущением и склонностью к суицидальным тенденциям [14, С.52]. Уход в «виртуальный мир» сопровождается полной отрешенностью от реальной действительности и делинквентным поведением, а при воздействии кураторов из киберигр соответствующего контента – развитием и суицидального риска [3, С.59]. Игрок полностью погружается в игру и виртуально реализует большую часть существующих потребностей. Погруженность в виртуальный мир

кибернетического пространства проявляется повышенной раздражительностью и агрессивностью, склонностью к противоправным действиям, враждебным восприятием близких людей и окружающего мира[4, С.142]. Компьютерные игры способствуют формированию донозологических состояний у подростков, отрицательно влияют на социализацию и школьную успеваемость, межличностные взаимоотношения в семье. [7, С.28]. Внутрисемейные взаимоотношения, микроклимат в семье, являются значимыми факторами, формирующими поведение ребенка в семье и социуме, и влияющими на его отношения с другими людьми в будущем [1, С.109]. Проблема исследования интернет зависимого поведения вызвана ростом числа самоубийств и суицидальных попыток среди детей и подростков в результате отрицательного влияния средств массовой информации и виртуального пространства кибернетической сети Интернета, освещающих самоубийства как пример для подражания и поклонения, провоцирующие кластерные суициды [15,С.16, 16,С.25].

Цель исследования: изучить факторы риска формированием интернет-аддикции у подростков с учётом их личностных особенностей для оптимизации ранней психопрофилактики и психокоррекционной помощи данному контингенту населения.

Материал и методы исследования: объектом для исследования было выбрано 86 подростков, поступивших на стационарное лечение в подростковые отделения Городской Клинической Психиатрической больницы города Ташкента с наличием диагностических критериев социализированного расстройства поведения возрасте от 15 до 17 лет. С помощью специально разработанной анкеты, интерпретированной сотрудниками кафедры психиатрии совместно с клиническими и социальными психологами, состоящей из переченя психологических тестов-вопросов, выявлены были факторы риска формирования интернет-аддикции. Для диагностики параметров семейной системы был использован опросник «Шкала сплоченности и гибкости семейной системы» в интерпретации Д. Олсона и Д. Портнера. Для исследования психоэмоционального статуса была использована «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS) и опросник тревожности Спилбергера-Ханина. С целью определения характерологических особенностей личностей подростков применялся патохарактерологический диагностический опросник А.Е. Личко.

Результаты и их обсуждения. На инициальном этапе исследования первоочередной задачей было определение видов семьи, стилей семейного руководства и взаимоотношений, в которых воспитывались исследуемые подростки. Анамнестические сведения были собраны также и у родителей и

близких родственников пациентов. В результате опроса установлено, что между определенными параметрами семейных взаимоотношений и формированию интернет-зависимого поведения у подростков существует прямая корреляционная взаимосвязь. Исследуемые подростки воспитывались в деструктивных и амбивалентных семьях с неправильным стилем семейного руководства, в условиях неблагополучного микроклимата и конфликтогенных ситуаций. Путем анкетирования среди этих лиц была выявлена группа социально запущенных подростков. Большинство росли в неполной семье-17%, 23% - в социально неблагополучной семье, 30% исследуемых имели проблемы в общении и установлении новых социальных связей. При сборе анамнестических сведений установлено, что 37% подростков имели отягощенную психопатологически наследственность по психическим заболеваниям. В ходе исследования выявлены подростки, воспитывающиеся в амбивалентных семьях с деструктивным характером взаимоотношений (70%), воспитывающиеся одним родителем (случаи социального сиротства и неправильного воспитания по типу «гипоопёки»). семьи, в которых были оба родителя, но один из них был неродной (чаще отчим) и с ним у подростка сложились конфликтные взаимоотношения. Анкетирование исследуемых выявило 12% подростков, склонных к делинквентному и девиантному поведению, с гедонистической жизненной позицией, сформировавшихся в процессе амбивалентного стиля воспитания в семьях, с низким уровнем запретов, который в дальнейшем характеризуется значительными дисциплинарными санкциями. По результатам диагностики «Шкала сплоченности и гибкости семейной системы» было выявлено наибольшее количество семей с патологическим типом воспитания, которое ведет к нарушению функционирования семейной системы, появлению кризиса в межличностных взаимоотношениях и нарушению социальной адапьации подростков. Ребёнок в такой семье растёт в условиях эмоциональной депривации и дефицита внимания и любви со стороны родителей, предоставлен сам себе в результате безнадзорности и в силу своей личностной незрелости подвержен пагубному влиянию кибернетической среды Интернета. При амбивалентном типе семейных отношений высокая степень свободы, абсолютно лишенной ответственности, соединяется с полным отчуждением между членами семьи, приводя к формированию акцентуации характера по эмоционально лабильному и психоастеническому типу развития. Стили родительского воспитания оказывают значительное влияние на формирование интернет-зависимого поведения, являются одним из социально-психологических факторов в патогенезе Интернет-аддикции. Кроме того таким

детям свойственна аффективная блокада интеллекта с отрицательной концепцией окружающей среды, что только усугубляет положение дисгармонично развивающейся личности и часто обусловливает негативные эмоции и вовлечение детей в так называемые группы смерти виртуального пространства. Исследование эмоциональных расстройств показало, что их наличие и выраженность связаны с видом игровой деятельности, длительностью игрового стажа и стадией зависимости от ролевых компьютерных игр, виртуального общения в социальных сетях. По шкале HADS субклинически выраженная тревога и депрессия выявлена у 48% исследуемых подростков. У 10% подростков тестирование по шкале HADS выявило клинически выраженную тревогу и депрессию, что свидетельствует о значительных изменениях в психоэмоциональном статусе. В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожных расстройств различной степени выраженности у 98% подростков, более чем у половины исследуемых было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 35% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10% подростков – констатировалась выраженная тревога. Данные тестирования показали, что у всех подростков отмечалось негативное эмоциональное состояние, выраженность которого коррелировала с данными полученными при тестировании по шкале HADS. При исследовании личностных особенностей с помощью теста ПДО А.Е. Личко было выявлено, что личностные особенности обследованных подростков не достигали степени психопатии (личностного расстройства), однако во всех случаях можно было отметить акцентуации тех или иных черт характера. С помощью патохарактерологического диагностического опросника А.Е. Личко были выявлены следующие типы акцентуаций характера: истероидный тип личности встречался у 9 подростков (10%), психастенический тип личности определен у 22 подростков (25,5%), эмоционально лабильный тип был выявлен в 46% случаев (40 обследованных), эпилептоидный тип у 12 больных (14%), в 4,5% случаев был выявлен неустойчивый тип личности.

Наибольший процент выявленной акцентуации характера оказался эмоционально лабильным типом. Эти подростки были склонны к перепадам настроения, неустойчивому эмоциональному фону, быстрой смене аффективных реакций, длительной фиксации негативных ситуаций, ошибок, унижений и воспоминаний из прошлого. Проведённое исследование установило, что роль семьи в формировании интернет-аддикции имеет первостепенное значение, необходимо контролировать длительность пребывания подростка в сети Интернет-пространства, изучать загружаемый

контент информации, регистрацию на социальных сетях, посещаемость сайтов с игровым компонентом с целью профилактики киберсуицидов и асоциального поведения подрастающего поколения.

Выводы. Таким образом, проведённое исследование установило, что стили семейного руководства и семейных взаимоотношений способствуют формированию склонности к развитию интернет-аддикции у подростков с эмоционально лабильными и психастеническими чертами характера, которые воспитываются в дисфункциональных и деструктивных семьях. У подростков с зависимостью от кибернетической среды виртуального пространства регистрируется высокий уровень тревожности и наличие клинически выраженной депрессии, склонность к суицидальным тенденциям и намерениям. Тревожно-депрессивные расстройства являются ведущими в формировании интернет-аддикции и усиливаются по мере развития клинической картины, провоцируют развитию выраженных астено-депрессивных состояний и патологического формирования личности. Результаты исследований свидетельствуют о необходимости проведения психопрофилактических мероприятий с родителями подростков, оптимизазации психокоррекционной деятельности с детьми и подростками из группы риска для предупреждения возникновения и формирования зависимости от компьютерных игр и социальных сетей и сообществ.

Литература / References

1. Абдуллаева, В.К., Бабарахимова, С.Б. Личностные особенности у подростков с депрессивными расстройствами // Новый день в медицине.- 2020.- №1(29). - С.109-112.

2. Абдуллаева, В.К., Сулейманов, Ш.Р.,Шарипова, Ф.К., Бабарахимова, С.Б. Влияние семейных взаимоотношений в формировании депрессивных и поведенческих нарушений у подростков // Человеческий Фактор.Социальный Психолог. -2020.- №1(39).- С.146-153.

3. Бабарахимова, С.Б., Абдуллаева, В.К. Идентификация суицидального риска у подростков учётом типов семейных взаимоотношений //Вопросы психического здоровья детей и подростков. -2020. -№1(20).- С.59-64.

4. Бабарахимова, С.Б. Особенности формирования интернет-аддикции у подростков // Вопросы наркологии.- 2017.- №6(154).- С.142-143.

5.Бабарахимова, С.Б., Искандарова, Ж.М. Тревожно-депрессивные расстройства у лиц с игровой компьютерной зависимостью// Вопросы наркологии. -2016. -№11-12. -С.98-100.

6. Гриффитс, М. Избыточное применение Интернета: онлайновое аддиктивное поведение // Тезисы дистантных зарубежных участников симпозиума «Интернет-зависимость: психологическая природа и динамика развития», 2009.
7. Егоров, А.Ю. Нехимические (поведенческие) аддикции (обзор). Аддиктология.- №1. -2005.
8. Интернет-зависимое поведение у подростков. Клиника, диагностика, профилактика /В.Л. Малыгин и др. М.: Арсенал образования, 2010. -136 с.
9. Руководство по аддиктологии / под ред. В.Д. Менделевича.- СПб.: Речь, 2007.- 768 с.
10. Солдаткин, В.А. Клинико-патогенетическое сравнительное исследование игровой и алкогольной зависимости. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук.- Москва.- 2010-. 50 с.
11. Abdullaeva V.K. The influence of parenting styles on the formation of suicidal tendencies in adolescents / Sciences of Europe .VOL 1, No 37 (2019) pg. 7-8
12. Abdullaeva V.K., Babarakhimova S.B. Analisys of psychosocial factors in development of suicidal tendencies at adolescents / Central Asian Journal of Pediatrics 2 (1), 201-204, 2019.
13.Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K., Abbasova D.S.., et al. Predict depressive disorders at the earliest stages of its formation in adolescents // Annali d/ Italia. VOL 1, No 7. pp. 15-18
14.Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K., Sultonova K.B., et al. Role of psychological research of suicidal behavior in adolescents / Sciences of Europe. VOL 2, No 36 (2019) pp. 52-55.
15.Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K., Abbasova D.S.., et al. Research of influence personal characteristics in adolescents in development types of suicidal tendencies // Austria-science. VOL 1, No 24 (2019) pp. 16-18.
16.Matveeva A.A., Sultonova K.B., Abbasova D.S. et al. Optimization of psycho-diagnostics of emotional states // Danish Scientific Journal. VOL 3, No 5 pp. 24-27.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА СПИТОМИН В ЛЕЧЕНИИ ПАНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.

М.А. Шевцова, А.А. Лопатин, И.И. Зорохович, Е.А. Кириченко
ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер»,
Россия, г. Кемерово

Аннотация. В статье приводятся статистические данные распространенности тревожных расстройств в современном мире. Особое внимание уделено проблеме подбора их фармакотерапии. Изложен

практический опыт применения препарата буспирон в терапии тревожных расстройств.

Ключевые слова: панические расстройства, депрессия, транквилизаторы, буспирон (спитомин).

EXPERIENCE OF THE DRUG SLEEPOMINE IN THE TREATMENT OF PANIC DISORDERS.

A.A. Lopatin. I.I. Zorokhovich. M.A. Shevtsova. E.A. Kirichenko
Kuzbass clinical drug dispensary, Russia, Kemerovo

Abstract. The article provides statistics on the prevalence of anxiety disorders in the modern world. Particular attention is paid to the problem of selection of their pharmacotherapy. The practical experience of the drug buspirone in the treatment of anxiety disorders is outlined.

Key words: panic disorders, depression, tranquilizers, buspirone (sypmine).

В современном обществе панические расстройства встречаются довольно часто. Статистика показывает, что до 33,7% всего населения Земли в какой-то момент своей жизни переживают тот или иной вид тревожного расстройства. И сегодня, в период пандемии наступил как раз такой момент, когда риск оказаться с тревогой один на один очень высок: например, в Китае, где зародилась вспышка Covid-19, с умеренной или выраженной тревожностью столкнулось 28,8% людей, а еще 8,1% пережили серьезный стресС.В двух третях случаев приступы паники сочетаются с другими расстройствами невротического или психотического уровня. В 70% случаев паническая тревога осложняется депрессивной симптоматикой, в 20% случаев отмечается присоединение алкогольной или медикаментозной зависимости. Частота встречаемости панических атак среди женщин в 5 раз выше, чем среди мужчин. Средний возраст и для мужчин, и для женщин составляет 25–35 лет. Однако панические атаки могут встречаться и среди подростков, и среди пожилого населения.

На протяжении некоторого времени высокоактивные бензодиазепины такие, как алпразолам и клоназепам, считались препаратами первого выбора при лечении панического расстройства [1], но отсутствие эффективности в отношении симптомов депрессии, которая часто сочетается с паническими атаками, и выраженные побочные эффекты снизили их популярность. Большинство типичных бензодиазепиновых представителей в силу ряда побочных эффектов (миорелаксирующий, нарушение концентрации внимания, сонливость) принципиально не могут быть рекомендованы пациентам с

выраженной соматической патологией, а также молодым пациентам в амбулаторной практике [2]. Актуальность поиска новых безопасных и эффективных средств лечения тревожных расстройств обратило наше внимание к хорошо зарекомендовавшему себя препарату – спитомин (буспирон).

Спитомин (буспирон), анксиолитический препарат, транквилизатор небензодиазепинового ряда, оказывающий также антидепрессивное действие. В отличие от классических анксиолитиков, не обладает противоэпилептическим, седативным, снотворным и миорелаксирующим эффектами. Механизм действия связан с влиянием буспирона на серотонинергическую и дофаминергическую системы. Спитомин селективно блокирует пресинаптические дофаминовые рецепторы и повышает скорость возбуждения дофаминовых нейронов среднего мозга. Кроме того, буспирон является селективным частичным агонистом 5-НТ1А-серотониновых рецепторов [3]. Буспирон не оказывает существенного эффекта на бензодиазепиновые рецепторы и не влияет на связывание ГАМК, не обладает отрицательным влиянием на психомоторные функции, не вызывает толерантности, лекарственной зависимости и синдрома «отмены». По анксиолитической активности буспирон примерно равен бензодиазепинам [4].

В наблюдаемую нами группу были включены 36 пациентов (25 женщин и 11 мужчин) отделения кризисных состояний в возрасте от 23 лет до 62 лет с диагнозами: «Паническое расстройство» и «Генерализованное тревожное расстройство». Все пациенты проходили эксперементально-психологическое обследование (шкала Гамильтона) для оценки выраженности тревожных и депрессивных расстройств (до начала лечения, на седьмой день лечения и после окончания лечения). У всех пациентов выявлены психические расстройства пограничного уровня. Во всех случаях тревожные расстройства сопровождались полиморфными сомато-вегетативными нарушениями: головными болями, головокружениями, тахикардией, кардиалгией, диспептическими симптомами.

Назначение спитомина проводилось с первого дня поступления пациента в отделение при наличии клинических признаков тревожного расстройства. Режим назначения варьировал в зависимости от преобладающих нарушений и их тяжести. Спитомин назначался в дозе 5 мг 3 раза в день на протяжении 3-х недель. При этом 14 пациентов получали препарат в дозе 30мг в сутки в три приема. Осложнений терапии и отказов от лечения не было. Терапевтическое действие препарата проявлялось уже на 3–7 сутки. Синхронно с уменьшением тревоги происходило обратное развитие депрессивной симптоматики. Наблюдалось повышение психической и физической активности, пациенты

становились более деятельными, охотнее общались друг с другом, строили планы на будущее, проявляли инициативу. У всех пациентов отмечалось улучшение настроения, уменьшение тревоги и чувства безысходности. Все это подтверждалось результатами эксперементально-психологического обследования в динамике. Помимо мягко нарастающих анксиолитического и тимоаналептического эффектов восстанавливался ночной сон. Наряду с редукцией тревожной и депрессивной симптоматики уменьшались или полностью купировались соматовегетативные нарушения.

Таким образом, опыт применения спитомина подтвердил его выраженное анксиолитическое действие, а также высокую эффективность и безопасность.

Использование данного препарата позволяет в быстрые сроки достичь устойчивого противотревожного эффекта с уменьшением как психических, так и сомато-вегетативных симптомов тревоги. Кроме того, был подтвержден антидепрессивный эффект спитомина. Терапевтическая доза 15-30 мг в сутки позволяет достичь клинической эффективности уже в течение первых 3–7 дней, достигая максимального эффекта на 3-й неделе. Препарат спитомин обладает низким риском развития синдрома отмены, не оказывает отрицательного воздействия на когнитивные и психомоторные функции. Благоприятный профиль безопасности позволяет применять данный препарат у пациентов различных возрастных групп, в том числе и у пожилых пациентов. Сочетание анксиолического и антидепрессивного эффектов делают препарат востребованным, особенно в терапии тревожных расстройств, сопровождающихся симптомами депрессии.

Литература / References

1. Каплан, Г.И., Сэдок, Б.Дж. Клиническая психиатрия. - М., 1994 г. - С.46.
2. Вейн, А.М., Дюкова, Г.М., Воробьева, О.В., Данилов А.Б. Панические атаки (неврологические и психофизиологические аспекты) инст.мед.маркетинга - С-П, 1997 г.- С.18.
3. Дробижев, М.Ю., Федотова, А.В., Кикта С.В. Патогенетичекая формакотерапия фобичеких тревожных расстройств и состояний, обусловленных стрессом// Профилактическая медицина. - 2013.- №4 - С.34-39.
4. Дробижев, М.Ю., Федотова, А.В., Кикт, С.В. Рациональный выбор препарата на основе представлений о патогенезе психического расстройства и механизме его действия» // Неврология и психиатрия. - 2014. -№11. - С.17-19 .

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ АМБУЛАТОРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ САМАРСКОГО РЕГИОНА

Шейфер М.С.[1], Камышанская А.И.[1], Шнырева И.Н.[1], Медведева Э.В.[1], Назарцева М.А.[1], Яшихина А.А[12]

[1]ГБУЗ «Самарская областная клиническая психиатрическая больница», Россия, г.Самара

[2]ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава Россия, Россия, г. Самара

Аннотация. В статье представлены результаты качественного и количественного анализа опыта работы психологической лаборатории детско-подросткового диспансерного отделения Самарского региона. Обозначены основные особенности и проблемы психодиагностического и психокоррекционного сопровождения детей и подростков, получающих психиатрическую помощь в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: психологическая лаборатория, амбулаторная психиатрическая помощь, полустационарная психиатрическая помощь, детская патопсихология.

ORGANIZATION OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF CHILDREN AND ADOLESCENTS OUTPATIENT MENTAL HEALTH SERVICES IN THE SAMARA REGION

Sheifer M.S.[1], Kamyshanskaya A.I.[1], Shnyreva I.N.[1], Medvedeva E.V.[1], Nazartseva M.A.[1], Yashikhina A.A[12]

[1]Samara Regional Clinical Psychiatric Hospital

[2]Samara State Medical University

Abstract. The article presents the results of a qualitative and quantitative analysis of the experience of the psychological laboratory of the children's and adolescent department of the neuropsychiatric dispensary of the Samara region. The main features and problems of psychodiagnostic and psychocorrectional support of children and adolescents receiving psychiatric care on an outpatient basis are outlined.

Key words: psychological laboratory, outpatient psychiatric care, semi-stationary psychiatric care, children pathopsychology.

Психологическая помощь, оказываемая населению, становится все более востребованной, о чем свидетельствует увеличение количества клинических психологов в психиатрической и психотерапевтической практике [8]. Помимо увеличения объемов, оказываемой помощи, психологическое сопровождение становится все более широким, выходящим за пределы психиатрических стационаров: психологи все чаще занимаются вопросами психопрофилактики, легкими психическими отклонениями, семейными дисфункциями, отклонениями развития и т.д. [7]. С момента введения специальности «клинический психолог» было разработано ряд документов, регламентирующих деятельность: определены квалификационные характеристики (Приказ МЗ от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих»), регламентирована деятельность медицинского психолога при оказании медицинской и социальной помощи детям (Приказ от 16 октября 2001 г. № 371 «О штатных нормативах медицинского и педагогического персонала детских городских поликлиник (поликлинических отделений) в городах с населением свыше 25 тысяч человек»), в сфере восстановительной медицины и реабилитации (Приказ МЗ РФ от 9 марта 2007г. №156 «О порядке организации медицинской помощи по восстановительной медицине»), в сфере оказания специализированной помощи лицам с неврологическими заболеваниями (Приказ МЗ РФ от 22 августа 2005 г. № 534 «О мерах по совершенствованию организации нейрореабилитационной помощи больным с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы»), в многопрофильных стационарах и амбулаторно-поликлинической сети (порядок оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденным приказом МЗ РФ от 15 ноября 2012 г. № 918н. приказ от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)». приказ МЗ РФ от 1 июня 2007 г. № 389 «О мерах по совершенствованию организации медико-социальной помощи в женских консультациях». приказ МЗ РФ от 9 декабря 2004 г. №308 «О вопросах организации деятельности перинатальных центров». приказ от 5 декабря 2005 г. № 757 «О неотложных мерах по организации обеспечения лекарственными препаратами больных вич-инфекцией» и др.), в сфере оказания психиатрической и психотерапевтической помощи (приказ МЗ РФ от 17 мая 2012 г. № 566н «Правила организации деятельности психоневрологического диспансера (диспансерного отделения психиатрической больницы)». положение «Об организации деятельности

медицинского психолога, участвующего в оказании психотерапевтической помощи» МЗ РФ от 16 сентября 2003 г. № 438. приказ МЗ РФ от 19 мая 2000 г. № 165 «О медицинском психологе в судебнопсихиатрической экспертизе»). в сфере оказания специализированной помощи лицам с психическими расстройствами и наркологическими заболеваниями (приказ МЗ РФ от 30 декабря 2003 г. № 623 «О совершенствовании оказания наркологической помощи несовершеннолетним». приказ МЗ РФ от 27 января 2006 г. №45 «Об утверждении рекомендуемых штатных нормативов медицинского и иного персонала наркологических учреждений и наркологических подразделений в составе других лечебнопрофилактических учреждений» и др.). Несмотря на это организационно-методические аспекты психологического сопровождения детей и подростков, получающих психиатрическую помощь в амбулаторном звене, остаются недостаточно разработанными. Так например, в номенклатуре, предоставляемых психологических услуг в здравоохранении, присутствует порядка тридцати узконаправленных наименований, среди которых отсутствует спецификация психологического исследования детей и подростков [5]. В связи с этим мы определили цель нашего исследования: проанализировать качественные и количественные показатели предоставляемых психологических услуг детям и подросткам получающих амбулаторную психиатрическую помощь в Самарском регионе.

Традиционно психиатрическая помощь в амбулаторных условиях предоставляется по территориальному принципу, что обеспечивает доступность специализированной помощи пациенту и его семье. Отмечается необходимость развития прежде всего детской амбулаторной психиатрической службы в регионах, особое место в которой уделяется «бригадному методу» (участие в оказании помощи, наряду с психиатром, педагога-дефектолога, логопеда и психолога). Отдельное внимание уделяется организации полустационарной помощи, занимающей самостоятельное место в структуре психиатрической помощи, предупреждающая госпитализацию [4]. В Самарском регионе имеется опыт функционального выделения детско-подростковой амбулаторной психиатрической службы ГБУЗ «Самарская областная клиническая психиатрическая больница», в структуру которого входит дневной стационар (с 2019 года). Организована психологическая лаборатория, которая удовлетворяет потребности отделения. Психолог участвует в работе учреждения на всех этапах оказания психиатрической помощи, обеспечивая биопсихосоциальный подход. Работа осуществляется в тесном сотрудничестве с врачом-психиатром, который определяет цели и задачи психологического исследования, объем и виды коррекционной и

консультативной работы. В соответствии с современными требованиями психологическая помощь оказывается специалистами с высшим психологическим образованием, имеющих специализацию по клинической психологии и регулярно повышающих уровень своей квалификации (не менее одного раза за пятилетний период) [6]. Регламентация деятельности медицинского психолога осуществляется на основе имеющихся приказов Министерства Здравоохранения Российской Федерации, существующими методическими рекомендациями и внутренними локальными приказами учреждения. Одним из основных аспектов деятельности медицинского психолога в амбулаторной психиатрической службе является его участие в диагностике (72% от всех предоставляемых психологических услуг). Как уже было сказано ранее, цель и задачи психологического исследования определяется врачом психиатром. При оказании психиатрической помощи детям и подросткам среди таких задач, можно выделить следующие:

1) исследование уровня психического развития ребенка с выделением показателя интеллекта (IQ).

2) исследование познавательных процессов ребенка (восприятия, внимания, памяти, мышления) и определение соответствия уровня их развития возрастным нормам.

3) выявление нарушений познавательных процессов (восприятия, внимания, памяти, мышления) с выделением патопсихологического симптомокомплекса и степени его выраженности.

4) выявление особенностей развития эмоционально-волевой сферы и индивидуально-психологических особенностей ребенка.

5) динамические исследования с целью определения эффективности проводимых медицинских, социально-педагогических и психокоррекционных мероприятий. Анализ показателей психодиагностической работы (Рис.1) свидетельствует о том, что большую части исследований составляют исследования интеллектуального развития ребенка, что обусловлено необходимостью участия психолога в решении экспертных задач: участие в психолого-медико-педагогических комиссиях с последующей дачей рекомендаций по обучению ребенка, участие в проведении медико-социальных экспертиз с указанием степени влияния нарушений психических процессов на трудоспособность, участие в профессиональном отборе с указанием степени ограничения возможности получения профессионального образования или отсутствия таковых.

Рис.1. Показатели психодиагностической работы психологической службы детско-подросткового отделения ГБУЗ «СОКПБ» за 2019-2020г.

Исследования познавательных, интеллектуальных и эмоционально-волевых процессов, проводимые у детей и подростков, имеют ряд особенностей, которые значительно увеличивают время проведения и написания патопсихологического заключения. Во-первых, они определяются особенностями контакта с ребенком и формированием мотива в исследовании. В силу естественной незрелости волевых процессов у детей младшего возраста, выраженной зависимости поведения от внешних условий (места и времени проведения исследования, особенностей ведения диалога самого психолога), явлений негативизма, избирательности в установлении контакта вплоть до выраженный проявлений негативизма, быстрой мотивационной истощаемости установление продуктивного взаимодействия осложняется и требует времени и особого подхода к ребенку. Во-вторых, уровень развития познавательных процессов, речи, способности ребенка к самопониманию осложняет сбор анамнестических сведений, жалоб и причин обращения. Сбор анамнеза и дополнительной информации осуществляется путем расспроса родителей. Расспрос должен строится в тактичной форме, с соблюдением всех этических норм и правил поведения, учитывать причины обращения родителей и особенности семейной и социальной ситуации. В-третьих, особенности исследования обусловлены темпом протекания психических процессов ребенка, способности к обучению и усвоению инструкций к предъявляемым заданиям, явлениями истощаемости, а так же видами предлагаемой помощи в решении предлагаемых задач (от самых легких в виде привлечения внимания к ошибкам

при выполнении заданий до проведения поэтапного обучения). В-четвертых, патопсихологическое исследование должно включать исследование общего запаса знаний и представлений, уровня сформированности автоматизированных навыков (чтения, письма, счета), уровень ориентации в социальных нормах и правилах поведения и т.д. В-пятых, любое патопсихологическое исследование ребенка должно включать заключительную беседу с родителями с сообщением полученных данных и дачей рекомендаций [1].

Большая часть патопсихологических исследований психологической службы детско-подросткового отделения осуществляется в отношении детей в возрасте от 3 до 15 лет (60% всех исследуемых) и в отношении подростков в возрасте от 15 до18 лет (40% всех исследуемых). Анализируя распределение пациентов в соответствии с МКБ-10 (РиС.2), можно сказать, что основную часть испытуемых составляют дети с умственной отсталостью (рубрика МКБ-10: F70-79 - 48,1% всех исследований) и дети с органическими, включая симптоматические, психические расстройства (рубрика МКБ-10: F00-09 – 23,8%). Меньшую часть исследований проводится в отношении детей с аффективными расстройствами (рубрика МКБ-10: F30-39 – 1,2%), детей с эндогенными психозами (рубрика МКБ-10: F20-29 – 2%) и детей с невротическими и соматоформными расстройствами (рубрика МКБ-10: F40-48 – 2,7%). Так же исследования проводятся в отношении детей с расстройством психологического развития, что составило 9,3% от всех исследований (рубрика МКБ-10: F80-89) и детей с эмоциональными расстройствами и расстройствами поведения, что составило 3,5% (рубрика МКБ-10: F90-98). Психодиагностические исследования осуществлялись так же в отношении психически здоровых детей, которые имели сложности в адаптации, не связанные с психическими расстройствами, а так же проходившие профилактические осмотры – 9,4%.

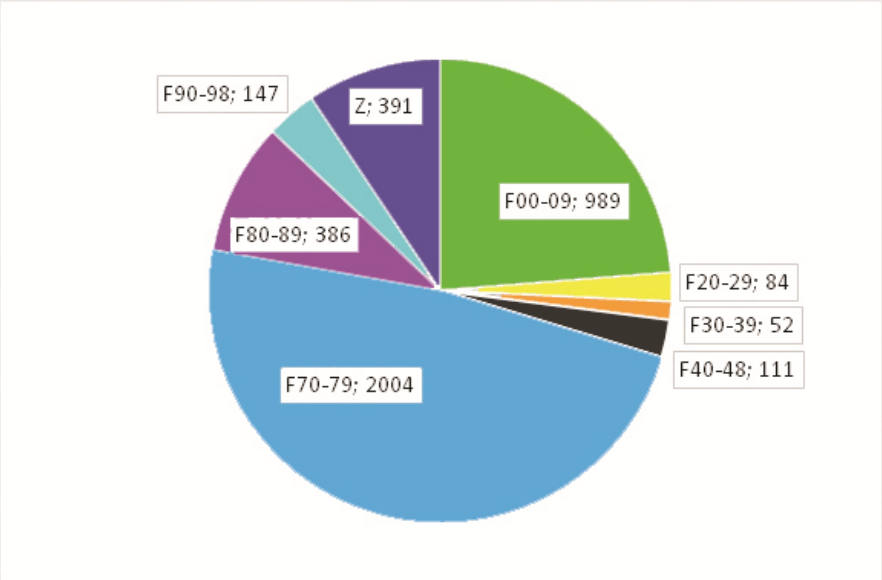


Рис.2. Показатели распределения детей и подростков, получающих психологическую помощь, в соответствии с МКБ-10 (2019-2020г).

В структуре детско-подросткового отделения организован дневной стационар, в котором реализуется два направления – экспертное и лечебно-профилактическое. В задачи детско-подросткового дневного психиатрического стационара входит:

1) психиатрическое обследование, диагностика и лечение.
2) психологическая коррекция.
3) социальные лечебно-педагогические мероприятия.
4) социореабиоитационная работа [2].

Патопсихологическое исследование в условиях дневного стационара является сложной задачей, так как большую часть пациентов составляют дети с выраженными эмоционально-волевыми, поведенческими нарушениями, которые осложняют его проведение. В данном случае целесообразно использовать специальным образом организованную игру, с дальнейшей психологической оценкой.

Такая игра и непосредственное наблюдение за поведением ребенка может дать информацию о его психическом развитии, конкретизировать нарушения эмоциональной и волевой сферы. Для решения психодиагностических задач так же может использоваться анализ сочинения родителей на тему «Мой ребенок». Это позволяет конкретизировать и описать свои проблемы во взаимодействии с ребенком словами, установить причинно-следственные связи между предшествующими событиями и нежелательными действиями ребенка. Наблюдение за ребенком и описание имеющихся проблем родителями,

позволяет перейти к следующему этапу психологического сопровождения - постановке психокоррекционных задач. В условиях дневного стационара организованы семейные групповые занятия – «Психогимнастика с мамой». Целью данного направления психокоррекционной работы является развитие эмоционально-волевой сферы, коммуникативных навыков и гармонизации межличностных отношений в семье. Совместные занятия с психологом помогают родителям лучше понять причины нежелательного поведения ребенка, выработать навыки взаимодействия с ребенком, научится понимать и контролировать свои эмоциональные реакции. Помимо психокоррекционной работы осуществляется психообразовательная работа с родственниками больных детей и подростков, основной целью которых является – расширение понимания поведения ребенка, помощь в установлении эмоционального контакта с ним, придание ощущения уверенности, способности влиять на ситуацию. Темы групповых занятий определяются психологом в зависимости от психического расстройства ребенка и запросов родителей.

Подводя итоги проведенного анализа деятельности психологической службы можно сделать несколько выводов: отмечается недостаточная разработка нормативных документов регламентирующих деятельность медицинского психолога при оказании психиатрической помощи детям и подросткам амбулаторного звена, психологическое сопровождение реализуется в основных направлениях профилактическая, психокоррекционная, консультативная и психодиагностическая с преобладанием последней, что должно учитываться при планировании работы отделения.

Литература / References

1. Голенков, А.В., Волчанский, М.Е., Деларю, В.В. Патопсихологическое обследование детей и подростков в клинической практике: Методическое пособие-практикум для студентов медицинских вузов. - Чебоксары-Волгоград, 2005.- 162 с.
2. Гурович, И.Я., Висневская, Л.Я., Любов, Е.Б., Асанова, Н.К. Психиатрическая помощь детям и подросткам за рубежом: достижения, проблемы, перспективы.- М., НПО «Союзмединформ», 1991. – 71 с.
3. Карвасарский. Б.Д. Клиническая психология: учебник. – СПб: Питер, 2004. – 960 с.
4. Макаров, И.В. Организация психиатрической помощи детям и подросткам / Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского.- 2004.- №3. – С.74-76.

5. Организационно-правовые основания профессиональной деятельности медицинского психолога в системе здравоохранения: методическое пособие// Под ред. А.Н. Алехина – СПб, 2015. – 25 с.
6. Романов, Д.В., Стрельник, С.Н., Носачев, И.Г., Смирнова. Д.В., Яшихина, А.А., Зейгер, М.В., Карпухина, С.Б., Китов, Я.О. Роль кафедры психиатрии самарского государственного университета в подготовке медицинских психологов психиатрических служб // Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием, посвящённой 25-летию факультета медицинской психологии: Актуальные проблемы и новые технологии медицинской (клинической) психологии и психотерапии. - 2016.- С.214-218.
7. Холомогорова, А.Б., Гаранян, Н.Г., Радионова, М.С., Тарабрина, Н.В. Клиническая психология: в 4 т.: учебник для студ. учреждений высш. проф. образования Т. 2. Частная патопсихология. - М.: Издательский центр «Академия», 2012. - 432 с.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Абдуллаева Васила Каримбековна, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент.

Агибалова Татьяна Васильевна, д.м.н., ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы», Россия, г. Москва

Акименко Галина Васильевна, к.и.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г.Кемерово

Антоненко Анастасия Петровна, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы», Россия, г. Москва

Аршинова Елена Владимировна, старший преподаватель кафедры психологических наук социально-психологического института Кемеровского государственного университета, Россия, г. Кемерово

Ахмерова Инесса Юрьевна, к.м.н, заместитель главного врача по лечебной работе Республиканская клиническая психиатрическая больница, ассистент кафедры психиатрии и наркологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет», Россия, г. Уфа

Бабарахимова Сайёра Бориевна, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, соискатель степени PhD, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент.

Бабушкина Екатерина Ивановна, к.м.н., доцент кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Екатеринбург

Балакина Ольга Юрьевна, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Новокузнецкий наркологический диспансер», Россия, г. Новокузнецк

Баранская Людмила Тимофеевна, д.м.н., профессор кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Екатеринбург

Баринова Екатерина Владимировна, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г.Кемерово

Бобык Ольга Александровна, ассистент кафедры психиатрии и

наркологии, ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск
Богонис Елена Васильевна, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г.Кемерово
Борисова Валерия Анатольевна, врач-психиатр, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г.Кемерово
Бузик Олег Жанович, главный научный сотрудник, ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы», Россия, г. Москва
Булкина Наталья Эдуардовна, к.м.н., доцент, доцент кафедры психиатрии и наркологии, ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск
Волкова Олеся В ладимировна, профессор, доктор психологических наук, доцент ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Красноярск
Вишневская Эмма Семеновна, к.м.н., ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г.Кемерово
Вострых Данила Владимирович, заместитель главного врача по организационно-методической работе, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово
Геев Марк Вячеславович, ординатор, кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский» Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Георгиевская Ольга Владимировна, заместитель главного врача по медицинской части, ГБУЗ «Новокузнецкий наркологический диспансер», Россия, г. Новокузнецк
Говорова Галина Марионовна, медицинский психолог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г.Кемерово
Гуревич Геннадий Львович, ассистент, кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии ФНМО Медицинского института РУДН, Россия, г.Москва
Данильчук Виталия Вячеславовна, заведующая психологической лабораторией, ГАУЗ «Оренбургский Областной Клинический Наркологический Диспансер», Россия, г. Оренбург
Дарсалия Ольга Владимировна, врач-психотерапевт, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово

Дацковский Исраэль (Владимир Модестович), Ph.D. Кабинет клинической психологии и патопсихологии, г. Бейт Шемеш, Израиль
Дементьева Галина Сергеевна, заведующая диспансерным отделением, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, Россия, г. Кемерово
Дёмина Марина Вячеславовна, медицинский психолог, руководитель реабилитационных программ, ГАУЗ «Оренбургский Областной Клинический Наркологический Диспансер», Россия, г. Оренбург
Дроздова Ольга Михайловна, д.м.н., профессор кафедры эпидемиологии, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Дубская Юлия Владимировна, заведующая кабинетом профилактики, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», г.Кемерово
Дубчак Юлия Владимировна, заведующая отделением реабилитации, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г.Кемерово
Евстратова Ольга Васильевна, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово
Ениколопов Сергей Николаевич, заведующий отделом медицинской психологии, кандидат психологических наук, доцент, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья Министерства науки и высшего образования Российской федерации», Россия, г.Москва
Еремина Светлана Михайловна, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово
Журавлева Татьяна Владимировна, младший научный сотрудник, ФГБУЗН «Государственный научный центр Российской федерации – Институт медико-биологических проблем Российской академии наук», Россия, г. Москва
Зарубина Нина Григорьевна, заведующая отделением, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г.Кемерово
Застрожин Михаил Сергеевич, ведущий научный сотрудник, кандидат медицинских наук, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы», Россия, г.Москва
Захарова Александра Алексеевна, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента

здравоохранения г. Москвы», Россия, г. Москва
Зорохович Ирина Ивановна, заместитель главного врача по медицинской части, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово
Иванец Ирина Витальевна, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Иноятов Абдугани Абдуфаттахович, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, соискатель степени PhD, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент.
Камышанская Арина Игоревна, заведующий отделением психологической лаборатории №1, ГБУЗ «Самарская областная клиническая психиатрическая больница» Минздрава России, Россия, г. Самара
Келябидина Олеся Александровна, медицинский психолог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово
Кирина Юлия Юрьевна, к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, заведующая кабинетом медицинских осмотров ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово
Кириченко Елена Анатольевна, врач психиатр, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово
Кондуфор Оксана Витальевна, ассистент кафедры психиатрии и наркологии, ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск
Кратовский Алексей Юрьевич, ординатор, кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Кемерово
Кузнецова Наталия Владимировна, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово
Лизунова Наталья Вячеславовна, заведующая стационарным отделением, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово
Лопатин Андрей Анатольевич, главный специалист нарколог СФО, главный врач ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», д.м.н., профессор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский

университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Люлина Ирина Леонидовна, заведующая областного химико-токсикологического центра, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово

Матвеева Анастасия Александровна, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент.

Медведева Эльвира Вазировна, врач-психиатр детский дневного стационара для детей и подростков ГБУЗ «Самарская областная клиническая психиатрическая больница» Минздрава России, Россия, г. Самара

Михайлова Татьяна Михайловна, старший преподаватель кафедры педагогики и психологии профессионального образования, Кузбасский региональный институт развития профессионального образования, Россия, г.Кемерово

Назарцева Марина Александровна, медицинский психолог отделения психологической лаборатории №1, ГБУЗ «Самарская областная клиническая психиатрическая больница» Минздрава России, Россия, г. Самара

Начева Любовь Васильевна, д.б.н., профессор, заведующий кафедрой биологии с основами генетики и паразитологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Кемерово

Никитин Павел Игоревич, заместитель главного врача по экспертизе, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово

Нобатова Виктория Николаевна, заведующая диспансерным отделением филиала №2, ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы», Россия, г.Москва

Нурходжаев Сабир Насирходжаевич, PhD, старший научный сотрудник-исследователь кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии**,** Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент.

Огарков Антон Леонидович, ординатор ординатор, кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Орлов Максим Валентинович, врач-психиатр, ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница», г. Кемерово

Панов Алексей Сергеевич, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г.

Москвы», Россия, г. Москва

Петросян Тигран Робертович, заведующий отделением для лечения пациентов с наркологическим заболеванием и ВИЧ-инфекцией**,** ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы», Россия, г.Москва

Пискарева Ольга Ивановна, заведующая отделением, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово

Пичугина Ольга Викторовна, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово

Польская Наталия Анатольевна, д.психол.н., профессор кафедры клинической психологии и психотерапии Московскго государственного психолого-педагогического университета, Россия, г.Москва

Поплевченков Константин Николаевич, старший научный сотрудник, кандидат медицинских наук, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы», Россия, Москва

Потапов Алексей Валерьевич, профессор, д-р мед. наук, ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Томск

Прокопьев Анатолий Алексеевич, к.м.н., доцент кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Екатеринбург

Радионова Светлана Ивановна, к.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии, ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

Разваляева Анна Юрьевна, соискатель кафедры клинической психологии и психотерапии Московскго государственного психолого-педагогического университета, Россия, г.Москва

Райх Виктор Васильевич, Главный врач, ГБУЗ «Новокузнецкий наркологический диспансер», Россия, г. Новокузнецк

Рачкаускас Геннадий Стасисович, заведующий кафедрой, д.м.н., профессор кафедры психиатрии и наркологии, ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки», г. Луганск

Ромашова Татьяна Ивановна, доцент кафедры психиатрии и наркологии, к.м.н., доцент, ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

Рубцова Ольга Сергеевна, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Кузбасский

клинический наркологический диспансер», Россия, г.Кемерово
Рупека Алена Вячеславовна, аспирант, ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Россия, Россия, г. Красноярск
Рычагов Юрий Владимирович, врач-методист, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово
Рычкова Ольга Валентиновна, д.пс.н., профессор, Московский Государственный Психолого-Педагогический Университет, Россия, г.Москва
Самсонова Галина Михайловна, заведующая отделом, врач-статистик, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г.Кемерово
Сафарбаев Бобурбек Бахтиёрович, ассистент кафедры неврологии и психиатрии Ташкентской Медицинской Академии, Ургенчский филиал, соискатель степени PhD, Республика Узбекистан, г. Ташкент.
Селедцов Александр Михайлович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Селина Галина Александровна, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово
Сиденкова Алена Петровна, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Екатеринбург
Скипер Алиса Алексеевна, ординатор, кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово
Солонский Анатолий Владимирович, профессор, д-р мед. наук ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, старший научный сотрудник НИИ Психического здоровья Томского НИМЦ, Россия, г. Томск
Степанова Лилия Викторовна, врач психиатр-нарколог, ГАУЗ «Оренбургский Областной Клинический Наркологический Диспансер», Россия, Россия, г. Оренбург
Стрелковский Максим Дмитриевич ординатор, кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г.Кемерово
Сулейманов Шухрат Рахимович, к.м.н., старший преподаватель кафедры

психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент.

Тверская Екатерина Анатольевна, заведующая стационарным наркологическим отделением, ГБУЗ «Новокузнецкий наркологический диспансер», Россия, г. Новокузнецк

Туктарова Светлана Узбековна, к.м.н, ассистент кафедры психиатрии и наркологии с курсом ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Уфа

Тучина Ольга Дмитриевна, научный сотрудник ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы», Россия, г. Москва

Файнзильберг Владимир Павлович, к.м.н., доцент кафедры психотерапии и психологического консультирования, Московский Институт Психоанализа, Россия, г. Москва

Хилькевич Сергей Олегович, ассистент кафедры неврологии и нейрохирургии с курсами медицинской реабилитации и психиатрии, УО «Гомельский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, г. Гомель

Цветкова Ольга Алексеевна, старший преподаватель ФГБОУ ВО «Омский государственный технический университет», Россия, г.Омск

Челышев Павел Евгеньевич, заведующий стационарным отделением, ГБУЗ КО «Юргинский психоневрологический диспансер», Россия, г.Юрга

Шевцова Марина Андреевна, заведующая отделением кризисных состояний, врач-психиатр, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер», Россия, г. Кемерово

Шарипова Фарида Камилевна, к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Шейфер Михаил Соломонович, к.м.н., главный врач ГБУЗ «Самарская областная клиническая психиатрическая больница» Минздрава России, Россия, г. Самара

Шнырева Ирина Николаевна, заведующий диспансерным отделением №3, ГБУЗ «Самарская областная клиническая психиатрическая больница» Минздрава России, Россия, г. Самара

Шумилова Софья Николаевна, студент, ФГБОУ ВО «Сибирский

государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Томск

Юлдашев Владимир Лабибович, д.м.н., заведующий кафедрой психиатрии и наркологии с курсом ИДПО, ИДПО ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет», Россия, г. Уфа

Ян Евгений Владимирович, аспирант, Национальный исследовательский Томский государственный университет, Россия, г.Томск

Янко Евгений Владимирович, к. психол. н., доцент, доцент кафедры психологических наук социально-психологического института Кемеровского государственного университета, Россия, г. Кемерово

Научное издание

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ, НАРКОЛОГИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ:

Сборник материалов I Международной научно-практической конференции, посвященной 115 - летию со дня рождения австрийского психиатра и психолога В.Э. Франкла

16+

Редактор О. В. Омеличкин

Подписано в печать 24.09.2020. Формат 60х84 1/16.
Печать офсетная. Бумага офсетная № 1. Печ. л. 22,8.
Тираж 500 экз. Заказ № 117244
Кемеровский государственный медицинский университет
650056, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22 А.
Отпечатано в типографии ООО «ИНТ»: г. Кемерово, пр-т Октябрьский, 28, офис 215,
Тел.: (3842) 657-893, 657-889. Сайт: www.v-int.ru, E-mail: typoint@mail.ru