



СБОРНИК ТЕЗИСОВ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
ОНЛАЙН-КОНФЕРЕНЦИИ

XXI ВЕК: СОВРЕМЕННЫЙ
ВЗГЛЯД НА ПСИХИЧЕСКОЕ
ЗДОРОВЬЕ



ISBN 978-9943-9403-6-9



9 789943 940369

ТАШКЕНТ

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ**

АССОЦИАЦИЯ ПСИХИАТРОВ УЗБЕКИСТАНА

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ ОНЛАЙН-КОНФЕРЕНЦИИ

**XXI ВЕК: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА
ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ - III**

*Сборник посвящен памяти учителя, доктора медицинских наук,
профессора Исмаилова Турсун Исмаиловича*

20 апреля 2023

ТАШКЕНТ

УДК: 616.89(082)

ББК 89.4я

Д 22

XXI век: Современный взгляд на психическое здоровье - III. Сборник тезисов научно-практической онлайн-конференции. –Т.: «Fan va texnologiyalar nashriyot-matbaa uyi», 2023. 440 с.

ISBN 978-9943-9403-6-9

Нарушения психического здоровья – это собирательное понятие, охватывающее психические расстройства, различные виды психосоциальной инвалидности, а также прочие психические патологические состояния, сопряженные со значительным дистрессом, функциональными нарушениями или риском самоповреждения. Как правило, лица с нарушениями психического здоровья чаще испытывают более низкий уровень психического благополучия, хотя возможны и исключения.

Коллектив кафедры Психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии Ташкентского педиатрического медицинского института организовала данную конференцию в продолжение цикла проводимых онлайн-конференций «XXI век: современный взгляд на психическое здоровье - III», посвященный 90-летию прекрасного ученого и наставника, профессора Турсун Исмаиловича Исмаилова.

В сборнике тезисов конференции будут освещены актуальные вопросы эпидемиологии и диагностики психических и поведенческих расстройств, вопросы клинической психологии, обсужден современный взгляд на вопросы терапии, прогноза и профилактики психических заболеваний и аддикций.

Коллектив авторов: сотрудники кафедры - Абдуллаева В.К., Сулейманов Ш.Р., Шарипова Ф.К., Бабарахимова С.Б., Рустамова Ж.Т., Ганиханов А.А., Нурходжаев С.Н., Насыров А.А., Туйчиев Ш.Т., Саттаров Т.Ф., Матвеева А.А., Рогов А.В., Мухтаров Б.А., Ирмухамедов Т.Б., Султанова К.Б., Алиев Б.А.

Рецензенты:

Султанов Ш.Х. – руководитель 3-го терапевтического направления Ташкентского государственного стоматологического института, д.м.н., доцент;

Ходжаева Н.И. – профессор кафедры Психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии и психологии Ташкентского педиатрического медицинского института

ISBN 978-9943-9403-6-9

© «Fan va texnologiyalar nashriyot-matbaa uyi», 2023.

ОСОБЕННОСТИ УСЛОВИЯ ФОРМИРОВАНИЯ НЕВРОТИЧЕСКОГО ЭНУРЕЗА У ДЕТЕЙ

Д.С.Аббосова, Ф.К.Шарипова

Ташкентский педиатрический
медицинский институт, Ташкент

ads17-28@mail.ru faridasharipova3005@gmail.com

Введение. Согласно данным исследователей, распространенность энуреза среди населения варьирует в широком диапазоне - от 0,5 до 28%. Исследователи единодушно указывают на роль наследственной предрасположенности к энурезу. Клиницисты определенно указывали на роль психогенного фактора в патогенезе энуреза. По их мнению, слабый тип высшей нервной деятельности, определяемый с помощью экспериментально-психологических тестов, являлся биологической почвой для возникновения энуреза.

Цель исследования: изучить особенности формирования невротического энуреза у детей для оптимизации профилактических и лечебно-диагностических мероприятий.

Материалы и методы исследования: проведено обследование 45 детей обоего пола в возрасте от 5 до 10 лет с невротическим энурезом. Анализ симптомов и динамики психических нарушений, причин их возникновения квалифицировался в соответствии с критериями диагностики по международной классификации психических болезней (МКБ-10). В ходе исследования использованы клиничко-психопатологический и экспериментально-психологические методы исследования: «Моя семья», «Рисунок человека».

Результаты исследования и обсуждение: глубокий анализ всех факторов, биологических и средовых, оказывающих влияние на возникновение энуреза и коморбидных ему нервно-психических нарушений позволил установить специфические особенности онтогенеза данной категории детей.

С целью установления предположительных «пусковых» («триггерных») факторов, обусловивших манифестацию невротического энуреза, был проведен опрос родителей. Родители отвечали на вопросы, устанавливающие, по их мнению, причины, способные

привести к возникновению невротического энуреза. Анализ возможных пусковых факторов невротического энуреза был осуществлен с помощью анкетирования родителей.

Наиболее часто возникновение невротического энуреза родители связывали с хроническими стрессовыми факторами, к которым было отнесено эмоциональное напряжение в дисгармоничных семьях, проживающих в условиях непрерывно текущего конфликта. Так, по мнению родителей, также в 13 случаях (52,0%) хронические внутрисемейные конфликты могли оказывать психогенное влияние и спровоцировать возникновение невротического энуреза.

Анализ микросоциальной среды детей выявил 18 семей (40,0%), использующих патологические типы воспитания. Так, чаще других ребенок рос в условиях гипопротекции (6 семей – 33,3%). Родители, обладая неустойчивыми и возбудимыми чертами характера, не проявляли к детям должного внимания, заботы, истинного интереса, формально выполняли свои родительские функции. Противоречивое воспитание было характерно для дисгармоничных и распадающихся семей (3 семьи – 16,7%). Родителями избиралась стратегия манипуляции ребенком ради достижения своих целей во взаимоотношениях с супругом. Потворствующая гиперпротекция (воспитание по типу «кумир семьи») была представлена в 2 семьях (11,1 %), и заключалась в чрезмерном покровительстве, потакании всем прихотям любимого чада, в стремлении освободить его от малейших обязанностей. Воспитание в условиях непрерывного восхищения мнимыми талантами ребенка вызывало формирование эгоцентрической позиции формирующейся личности. В 7 семьях (38,9%) дети воспитывались как в условиях повышенной моральной ответственности, так и жестокого отношения к ребенку по типу воспитания с эмоциональным отвержением.

Неполные семьи (10 семей – 22,22%) также могли потенциально рассматриваться в качестве основного источника хронического стресса и эмоционального напряжения ребенка. Усиление клинических проявлений энуреза происходило на фоне соматических заболеваний, эмоционально насыщенных ситуаций, физического утомления, нарушения привычного режима сна-бодрствования. Острый стресс, психическая травма в результате испуга, внезапного изменения привычного уклада жизни ребенка при помещении его в больничный стационар для лечения, продолжительной разлуки с

мамой, болезненных медицинских манипуляций и страхом в связи с их ожиданием была установлена в 6 случаях (24,0%). В 3 (12,0%) случаев выявлено острые соматические заболевания (респираторные, кишечные), протекавшие с затяжной лихорадкой, выраженной интоксикацией, в ряде случаев потребовавшие проведения интенсивной симптоматической терапии. Указания на внешний «триггерный» фактор при возникновении невротического энуреза отсутствовали в 3 (12,0%) случаях.

Выводы. Таким образом, возникновение невротического энуреза родители связывали с хроническими стрессовыми факторами к которым относили непрерывные внутрисемейные конфликты, также такие виды неправильного воспитания как гипопротекция (33,3%), противоречивое воспитание в 16,7%, потворствующая гиперпротекция в 11,1% являлись причиной невротического энуреза.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПАТТЕРНЫ ЛИЦ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ СИНТЕТИЧЕСКИМИ ПСИХОСТИМУЛЯТОРАМИ

**Абдукахарова Г.К., Равшанов Ж.А.,
Рустамова М.Ш., Ташпулатов К.С.,
Валиев Р.А., Рашидов А.И., Хайрединова И.И.**

Республиканский специализированный научно-
практический медицинский центр *наркологии, Ташкент*
abduqahhorovag@gmail.com

Введение. В Узбекистане, как и во многих других странах, в настоящее время наблюдается распространение новых психоактивных веществ, многие из которых являются психостимуляторами. В Ташкенте это в основном производные катинона. Мы стремились получить качественные данные, чтобы лучше понять влияние на здоровье и поведение лиц, употребляющих наркотики (ЛУН), путем набора лиц, сообщивших о недавнем употреблении психостимуляторов.

Методы. Углубленные качественные данные о текущем употреблении наркотиков и его воздействии были собраны посредством тридцати интервью (n=30) и двух фокус-групп (n=10: пять мужчин, пять женщин). Интервью и фокус-группы также предоставили данные о социальных контекстах употребления

наркотиков, включая сексуальное поведение и связанные с этим медицинские проблемы. Вторичные данные о покупках наркотиков в Интернете были получены из источника, который получает доступ и анализирует покупки в Даркнете. Качественные данные были первоначально закодированы с использованием априорных кодов, разработанных на основе руководства по проведению интервью, а затем данные были снова закодированы индуктивно на основе результатов, полученных из данных. Тематический анализ был проведен с использованием программного обеспечения для качественного анализа данных OpenCode 4.03.

Результаты. Тематический анализ интервью и фокус-групп выявил явные различия в паттернах поведения между более старшими, более опытными ЛУН и «новым поколением» ЛУН. Пути начала употребления наркотиков и сексуальное поведение, связанное с употреблением наркотиков, различались, но обе группы сообщили о высоком уровне небезопасных инъекций и сексуального поведения. Интерпретируя тексты и данные о покупках, мы попытались предвидеть, как паттерны употребления наркотиков могут влиять на передачу ВИЧ.

Выводы. Появление нового класса психостимуляторов представляет новые угрозы для здоровья потребителей наркотиков и новые возможности для снижения этих рисков. Полученная информация может помочь специалистам по профилактике ВИЧ/СПИДа.

ОЦЕНКА ЭКСПЕРТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СУДЕБНЫХ ПСИХИАТРОВ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

**Абдуллаева В.К., Амбарцумов Л.В.,
Ганиханов А.А.**

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Республиканская психиатрическая
больница с интенсивным
наблюдением Минздрава РУз

Анализ изучения деятельности судебно - психиатрических экспертиз традиционно остается важным и актуальным. Единственным способом прогнозирования и планирования является анализ статистических показателей.

Целью данного исследования явилось анализ динамики показателей деятельности судебно-психиатрических экспертиз Республики Узбекистан за 2018-2022 годы. Материалами для изучения явились данные Формы-10 статистической отчетности. Материалом исследования явились лица, совершившие правонарушения, которым было проведена судебно-психиатрическая экспертиза и эти лица были признаны судом невменяемыми.

Всего в Республике Узбекистан судебно-психиатрических экспертиз было проведено: 2018 г - 4048; 2019 г. - 3915; 2020 г - 3228; 2021 г – 4054, 2022 г. – 4539.

По результатам всех проведенных экспертиз признаны невменяемыми судом, в процентном отношении ко всем проведенным экспертизам составил: в 2018 г – 14,6%; в 2019 г – 13,1%; 2020 г – 11,6%; 2021 г – 10,4% и в 2022 г – 12,0%.

Из них лица страдающими шизофренией признаны - в 2018 г. - 114; в 2019 г. - 88; в 2020 г. - 69; в 2021 г. – 80; в 2022 г – 130 лиц. Лица, совершившие правонарушения в состоянии алкогольных психозов из общего числа, признанных невменяемыми: 2018 г. – 4 человека, в 2019 г. – 4, в 2021 г. – 1, в 2022 году – 2 человека. Лиц, признанных несостоятельными отвечать за свои действия и осознавать фактический их характер из-за реактивных состояний были в 2018 г. – 9 лиц; в 2019 г. – 11, в 2020 г. – 7, в 2021 г. – 4 и в 2022 году – 2 человека; из -за всех расстройств непсихотического характера – в 2018 году – 29, в 2019 году – 49, в 2020 году – 12, в 2021 – 11, в 2022 году – 98 человека. Признаны невменяемыми вследствие умственной отсталости – в 2018 году – 47, в 2019 году – 45, в 2020 году – 38, в 2021 году – 34, в 2022 году – 121 человек.

В процессе обсуждения можно отметить, что динамика правонарушений, совершенных лицами, признанными невменяемыми, вследствие психических расстройств шизофренического спектра за 5 лет, остается стабильной. Обращает на себя внимание, что к 2022 году заметно увеличился контингент лиц, совершивших правонарушение, страдающих различными степенями умственной отсталости.

В заключении можно сказать, что все полученные данные имеют большое практическое и теоретическое значение, поскольку это наиболее адекватны для повышения эффективности работы всей службы охраны психического здоровья. Кроме того, эти данные

являются ориентиром научного планирования и будут служить основой для проведения последующих эпидемиологических исследований по расширенной программе.

РАССТРОЙСТВО ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И ПИЩЕВАЯ АДДИКЦИЯ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Алигаева Н.Н.

Федеральное казенное образовательное учреждение высшего образования «Академия права и управления Федеральной службы исполнения наказаний», Рязань, Российская Федерация
nigar-0520@mail.ru

Выделение критериев разграничения понятий «расстройство пищевого поведения» и «пищевая аддикция» является одной из дискуссионных в психиатрии и психологии аддиктивного поведения. Современные исследователи выделяют две основные области разногласий: 1) рассматривать пищевую зависимость как зависимость, связанную с психоактивными веществами, или зависимость, связанную с поведением; 2) отличие пищевой зависимости от установленных расстройств пищевого поведения (Nauck C, Cook B, Ellrott T., 2019).

Согласно МКБ-11 в разделе 6 «Кормление или расстройства пищевого поведения» (Feeding or eating disorders) выделяют 8 диагнозов. Одними из самых распространенных и схожих с пищевой аддикцией заболеваний являются нервная анорексия (anorexia nervosa), булимия (bulimia nervosa), компульсивное переедание (binge eating disorder), расстройства избегающего ограничения приема пищи (avoidant-restrictive food intake disorder). Рассмотрим особенности поведенческих проявлений при расстройствах пищевого поведения:

1) *нервная анорексия*: характерна чрезмерно низкая масса тела, поведение направлено на предотвращение восстановления нормального веса и включает снижение потребления энергии (ограничение приема пищи), очистительное поведение (самоиндуцированная рвота, злоупотребление слабительными средствами), увеличение

расхода энергии (выполнение чрезмерного количества спортивных упражнений), обычно связано со страхом набора веса;

2) *булимия*: характеризуется частыми повторяющимися эпизодами переедания (например, один раз в неделю или чаще в течение как минимум одного месяца), которые сопровождаются субъективной потерей контроля над приемом пищи, качеством или количеством съеденной пищи; данные эпизоды сопровождаются несоответствующим компенсаторным поведением, направленным на предотвращение увеличения веса (например, рвота, вызванная самим собой, злоупотребление слабительными средствами или клизмами, физические нагрузки); не соответствует диагностическим требованиям нервной анорексии;

3) *компульсивное переедание*: характеризуется частыми, повторяющимися эпизодами переедания (например, один раз в неделю или чаще в течение нескольких месяцев), которые сопровождаются негативными эмоциями (чувство вины или отвращения), однако эпизоды переедания не всегда сопровождаются несоответствующим компенсаторным поведением, направленным на предотвращение увеличения веса.

4) *расстройства избегающего ограничения приема пищи*: потреблению недостаточного количества или разнообразия пищи для удовлетворения адекватных энергетических или пищевых потребностей, что приводит к значительной клинической потере веса, значительному дефициту питательных веществ, зависимости от пероральных пищевых добавок или зондового питания или к иному негативному влиянию на физическое здоровье человека.

Механизмы формирования расстройств пищевого поведения отличаются от таковых при аддикциях, но отмечаются некоторые сходства их нейрохимических процессов: повышение уровня эндогенных алкалоидов кодеина и морфина (Егоров А.Ю., 2010). Аддикция к еде может проявляться в двух формах: переедание и голодание. В частности, переедание определяется как 1) потребление большего количества пищи, чем считается нормальным, за дискретный период времени; 2) чувство отсутствия контроля; 3) употребление пищи быстрее, чем обычно; 4) продолжение употребления еды, несмотря на ощущение дискомфорта сытости; 5) потребление пищи, несмотря на то, что не голоден, 6) есть в

одинокости и 7) чувствовать отвращение к себе, депрессию или чувство вины после этого (Hauck C, Cook B, Ellrott T., 2019).

Актуальным остается вопрос отнесения пищевой аддикции к химическим зависимостям (как от психоактивных веществ) или нехимическим (поведенческим зависимостям). Согласно Короленко Ц.П. и Дмитриевой Н.В. переизбыток и голодание можно отнести в особую промежуточную группу аддикций, т.к. с одной стороны пища содержит химические вещества, а с другой стороны является необходимым компонентом обеспечения функционирования организма в отличие от психоактивных веществ (Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., 2000). Однако Hauck C, Cook B, Ellrott T. отмечают, что для выявления пищевой зависимости можно использовать критерии по DSM-5, определяющие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ: физическая зависимость, рискованное употребление, социальные проблемы и нарушения контроля (Hauck C, Cook B, Ellrott T., 2019). Современные исследования подтверждают, что пищевая аддикция может соответствовать как критериям зависимости от психоактивных веществ (Schulte E.M., Potenza M.N. & Gearhardt A.N., 2017; Gordon E., Ariel-Donges A., Bauman V. et al., 2018), так и критериям расстройств, не связанных с употреблением психоактивных веществ (Hebebrand J., Albayrak Ö, Adan R. et al., 2014, Penzenstadler L., Soares C., Karila L. et al., 2019).

В общенациональном исследовании, проведенном в Германии, было выявлено, что повышенная распространенность пищевой зависимости у людей с недостаточным весом может быть связана с основным расстройством пищевого поведения или другими формами расстройства пищевого поведения, включая подтип нервной анорексии, связанный с переизбытком. Результаты данного исследования добавляют столь необходимый контекст к пониманию того, что пищевая зависимость может быть одной из причин переизбытка, но это не синоним ожирения и встречается не только у людей с избыточным весом/ожирением. Пищевая зависимость может отражать особый фенотип проблемного пищевого поведения (Hauck C., Weib A., Schulte E.M. et al., 2017).

Однако другие исследователи утверждают, что пищевая зависимость и расстройства пищевого поведения – это две разные конструкции. В этиологии расстройств пищевого поведения установлены когнитивный контроль и расторможенность пищевого поведения; однако

данные когнции не проявляются при пищевой зависимости. Кроме того, были обнаружены различные нейробиологические доказательства в проявлении пищевой зависимости, что позволяет отнести ее к аддиктивному расстройству, а не к подмножеству расстройств пищевого поведения. Данные результаты позволяют предположить, что компульсивное переедание является расстройством психоповеденческого характера, а пищевая зависимость – расстройством биологического происхождения (Hone-Blanchet A., Fecteau S., 2014; Davis C, 2016). Но согласно Hauck C, Cook B, Ellrott T. критерии булимии и компульсивного переедания более точно соответствуют критериям пищевой зависимости, чем критерии нервной анорексии. При этом существуют и фундаментальные различия между расстройствами пищевого поведения и пищевой зависимостью, такие как наличие компенсаторного поведения при булимии, но не при пищевой зависимости (Hauck C, Cook B, Ellrott T., 2019). Егоров А.Ю. также отмечает, что для выявления различий между пищевой аддикцией и булимией необходимо учитывать, что пациенты с булимией, как правило, имеют нормальную или пониженную массу тела в отличие от пищевых аддиктов, вес которых может превышать 300–400 кг (Егоров А.Ю., 2010).

Таким образом, расстройства пищевого поведения и пищевая аддикция могут иметь схожие черты, но не являются конгруэнтными. Необходимы проведения дальнейших исследований для выделения четких критериев дифференциальной диагностики, чтобы прояснить неясности между пищевой зависимостью и расстройствами пищевого поведения.

ДЕТЕРМИНАНТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ ПРИ МУЖСКОМ ИДИОПАТИЧЕСКОМ БЕСПЛОДИИ

Алиев Б.А.

Ташкентский педиатрический
медицинский институт,
Ташкент, Узбекистан

Бесплодие как проблема объединяет в себе не только физическое, но психологическое и социальное неблагополучие пары. За последнее время значительно повысился интерес к мужскому

бесплодию, что связано с расширением методов исследования для распознавания этого заболевания. При этом результаты данных исследований показали, что бесплодие у мужчин встречается значительно чаще, чем это принято было раньше думать (Карымова О.С., 2011). Среди причин идиопатического бесплодия могут рассматриваться психологические факторы, в том числе особенности взаимоотношений в паре, касающиеся семейного и сексуального благополучия. Психогенное бесплодие у мужчин может проявляться следующими симптомами: активной половой жизнью с постоянным ожиданием наступления зачатия, занижением самооценки и чувством неполноценности, дисгармоничными отношениями между супругами.

Цель исследования – изучение психологических особенностей больных при идиопатическом бесплодии.

Материал и методы исследования. В данном исследовании принимали участие 87 мужчин старше 18 лет (в возрасте от 22 до 41 года), обратившихся за амбулаторной медицинской помощью с жалобами на отсутствие беременности в браке сроком более 12 месяцев. Перед началом проведения исследования участники были разделены на основную (n=41) и контрольную (n=46) группы. Длительность отсутствия зачатия в браке в основной группе исследования составила $3,7 \pm 2,6$ лет, в группе контроля $3,1 \pm 2,4$ года. В основной группе исследования средний возраст составил $32,7 \pm 6,0$ лет, в группе контроля $32,4 \pm 8,3$ лет. Пациенты, участвовавшие в исследовании в обязательном порядке, дали согласие на участие в исследовании и обработку персональных данных. Применялись следующие методики: опросник личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина; клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич); шкала депрессии Бека; шкала оценки эмоционального тонуса.

Результаты исследования. Достоверного различия по возрасту участников исследования из основной ($31,5 \pm 3,7$ лет) и контрольной группы ($32,6 \pm 5,4$) не отмечено. Также не найдена достоверная разница по индексу массы тела у участников исследования (в основной группе $27,4 \pm 3,2$; в контрольной группе $26 \pm 3,3$; $p > 0,05$). По количеству лиц с вредными привычками (курение сигарет, употребление алкоголя) также не выявлено достоверного различия. Согласно полученным результатам, для

респондентов в большей степени характерна склонность к тревоге (так как согласно методике, чем меньше значение, тем больше склонность к болезненному характеру расстройств). Результат получен на высоком уровне статистической значимости ($t=-2,476$; $p<0,01$). Ситуативная тревожность проявляется в конкретной ситуации, связанной с оценкой сложности и значимости деятельности, а также реальной и ожидаемой оценкой. Ситуативная тревожность характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Реактивная (ситуативная) тревожность характеризует состояние личности конкретно в настоящий момент времени, которое характеризуется напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью в данной конкретной обстановке. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на экстремальную или стрессовую ситуацию, может быть разным по интенсивности и динамичным во времени. Озабоченность и беспокойство, которое проявляется у людей с психологическим бесплодием, объясняется постоянным чувством напряжением и волнением, постоянные повторные попытки оплодотворения, вызывают чувство постоянной ежемесячной тревоги у женщины. Осознание собственной бездетности, социальной неполноценности является само по себе мощным стрессом и сопровождается повышенной тревожностью. Пребывание в постоянном напряжении может приводить к невротическим эмоциональным реакциям на внешние ситуативные раздражители. Также по результатам исследования было обнаружено, что люди с психологическим бесплодием в большей степени склонны испытывать тревогу независимо от ситуативных внешних факторов ($t=2,826$; $p<0,01$). Симптомами астении у людей с психологическим бесплодием являются высокая утомляемость, также характерна истощаемость внимания, при этом наблюдаются лабильность эмоций с неустойчивостью и значительными скачками настроения. У астенизированных людей в ситуации неудачных попыток зачатия часто ослаблено самообладание, они нетерпеливы и часто раздражаются в силу сложившейся ситуации и непонимания ее причин. Данные результаты получены на высоком уровне статистической значимости ($t= -1,807$; $p<0,01$).

Выводы. Таким образом, психологические особенности при идиопатическом бесплодии проявляются в повышенной тревожности и тревоге, нарушениях эмоционального тонуса, ситуативной и личностной тревожности, фобических и вегетативных нарушениях. Обследованные респонденты также в большей степени склонны к проявлению невротической депрессии, что в свою очередь требует при лечении бесплодия применения не только медикаментозного лечения, но и проведения психотерапевтических реабилитационных мероприятий.

ОЦЕНКА ПОДРОСТКОВЫХ ДИСМОРФОФОБИЙ

Алимова Ш. Г., Бабарахимова С. Б.

Городской детский психоневрологический центр
Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкент, Республика Узбекистан.
sayorababaraximova2010@gmail.com

Введение. В последнее десятилетие у большинства детей и подростков формируется неоднозначное отношение к восприятию образа своего тела, вызванное воздействием средств массовой информации, интернет-сайтов, навязывающих современной молодежи стандарты фотомоделей. Актуальность проблемы исследования риска развития суицидальных тенденций депрессивного генеза у подростков с дисморфофобическими нарушениями вызвана сложностями своевременной верификации аффективной патологии, целесообразностью правильно выбранной фармакотерапии и трудностями прогнозирования данных психических нарушений (Медведев В.Э. 2021). Депрессия, возникающая на фоне недовольства собственной внешностью или убеждённости в наличии недостатков и дефектов в строении лица или фигуры, встречается по данным исследователей, практически у каждого второго подростка (Зверева Н.В., 2020).

Цель исследования: изучить риск развития суицидального поведения у подростков с дисморфофобическими нарушениями и депрессивными расстройствами с учётом их личностных характеристик для оптимизации ранней психопрофилактики и психокоррекционной помощи.

Материал и методы исследования: объектом для исследования было выбрано 111 подростков в возрасте от 15 до 19 лет включительно, 78 мальчиков и 33 девочек (средний возраст 16,96±1,98 лет), поступивших на стационарное лечение в подростковые отделения Городской Клинической Психиатрической больницы города Ташкента с наличием депрессивных расстройств. Личностные особенности подростков мы определяли при помощи Модифицированного Патохарактерологического Диагностического Опросника (МДПО Личко А.Е., Иванов Н.Я. 2001г.). Депрессивные расстройства нами были выявлены с помощью шкалы самооценки депрессии Цунга (ZDRS) (Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., 1995). Особенности суицидального поведения у подростков изучены с помощью Колумбийской шкалы суицидального риска (C-SSRS).

Результаты и их обсуждения: на инициальном этапе нашего исследования было проведено изучение особенностей клинических проявлений депрессивной патологии у подростков. Согласно классификации детского психиатра Э.Г. Эйдемиллера (2005г.), в подростковом возрасте депрессивная симптоматика подразделяется на подростковые депрессивные эквиваленты - делинкветный, астенопатический, тревожный, ипохондрический, которые маскируют типичную классическую триаду депрессии, воспринимаются как особенности пубертатного периода и весьма затрудняют диагностику и лечение. В нашем исследовании все подростки были распределены на пять групп в зависимости от преобладания ведущего симптома депрессии - дисфорическая, тревожная, ипохондрическая, астенопатическая и маскированная. Дисфорическая депрессия клинически проявлялась вспышками тоскливо-злобного настроения, конфликтностью, агрессией, грубостью по отношению ко взрослым, особенно к родителям и близким родственникам на фоне пониженного психоэмоционального состояния. Такое поведение провоцирует формирование внутрисемейных конфликтов, ухудшение микроклимата в семье, наказание и побои ребёнка за плохое поведение, что в итоге способствует побегам из дома и бродяжничеству, приводит подростка в асоциальные компании. В клинических проявлениях дисфорической депрессии нами выявлены аддиктивные формы нарушения поведения: склонность к агрессии и физическому насилию, мелким правонарушениям, воровству, побе-

гам из дома и бродяжничеству, табакокурение, ранняя алкоголизация и эпизодическое употребление ПАВ. В нашем исследовании дисфорическая депрессия была верифицирована чаще (у 33 подростков), чем другие виды, и в основном наблюдалась у мальчиков с социализированным расстройством поведения. У подростков с тревожной депрессией на фоне сниженного настроения возникало чувство ожидания опасности неопределённого характера, которое формировало представление о неблагоприятном развитии событий, подростки находились в состоянии постоянного напряжения. Тревожная депрессия была установлена у 30 подростков обследуемой группы. Ипохондрическая депрессия наблюдалась у подростков, которые предъявляли жалобы на боли различной локализации, исходящие из внутренних органов, опасались наличия у себя неизлечимых заболеваний, отличались мнительностью и нерешительностью. В клинической картине астенопатической депрессии ведущими жалобами были быстрая утомляемость и слабость, упадок сил, снижение двигательной активности, плохая переносимость большого скопления людей, невозможность находиться в обществе сверстников и одноклассников, трудности в общении, бездеятельность, чувство скуки и уныния. Наличие данной симптоматики вызывало у подростка стремление к одиночеству, ощущение неполноценности, никчёмности, нарушение взаимоотношений с родителями и близкими, расстройство школьной адаптации и формирование суицидальных мыслей и намерений. Вариант астенопатической депрессии встречался у 14 подростков, которые в большей мере предъявляли жалобы на слабость, плаксивость, быструю истощаемость и усталость. Подростки агравировали имеющимися соматическими заболеваниями, на фоне пониженного настроения, отсутствия аппетита, повышенной утомляемости, отказывались посещать школьные занятия и уроки, готовить домашние задания, помогать по дому. Маскированная депрессия встречалась у 20 пациентов исследуемой выборки. В клинической картине всех вариантов депрессивной патологии регистрировались дисморфобические включения в виде жалоб на чувство собственной неполноценности, наличие физических недостатков, несоответствие эталонам и стандартам красоты, в отличие от нервной анорексии, подростки с дисморфобической депрессией не стремились изменить себя, соблюдая диеты и ограничительное пищевое поведение, а

наоборот, были пассивными и удручёнными, у них отмечалось чувство малоценности, никчёмности, ненужности из-за наличия лишнего веса и недостатков во внешности. Такие состояния сопровождались понижением аппетита на фоне гипотимии и появления рудиментарных идей самоуничтожения. Сравнительный анализ распределения подростков с разным типом акцентуации характера в зависимости от клинической формы депрессии выявил относительное преобладание дисфорических депрессий у подростков с эпилептоидной акцентуацией характера. Тревожная депрессия чаще наблюдалась у подростков с психастеническим складом личности. Астенопатическая депрессия чаще наблюдалась у истерических личностей. У гипертимных личностей относительно чаще диагностировалась ипохондрическая депрессия. Исследование особенностей суицидального поведения у подростков установило, что представители истероидного и эпилептоидного типов имеют быструю тенденцию перехода от суицидальных мыслей к реализации суицидальных действий, в отличие от подростков гипертимного, неустойчивого и сензитивного типов, у которых не регистрировались суицидальные попытки. Анализ взаимосвязи между мотивами суицидальных тенденций и личностными особенностями подростков определил, что наиболее суицидоопасные мотивы – отказ от жизни и устранение преимущественно наблюдались у эпилептоидных, лабильных, циклоидных акцентуантов, которых можно отнести к группе высокого риска развития суицидального поведения.

Выводы. Таким образом, проведённое исследование особенностей депрессивной симптоматики у подростков с дисморфофобическими включениями, установило, что наиболее чаще в пубертатном периоде формируются дисфорические депрессии со значительными нарушениями поведения у лиц с эпилептоидной акцентуацией характера. Наиболее высокий суицидальный риск наблюдается при дисфорическом и тревожном типах депрессии с дисморфофобическими включениями. Наличие в клинической картине подростковых депрессий акцентуаций характера истероидного и эпилептоидного типа сопряжено с повышением степени тяжести депрессии и риска совершения суицида. Исследование риска развития суицидального поведения у подростков с дисморфофобическими нарушениями и депрессивными расстройствами

выявило, что в группу риска необходимо включить лиц истерического и эпилептического склада личности с клиническими проявлениями депрессий тяжелой степени и со значительными нарушениями поведения в виде ранней алкоголизации и эпизодического употребления ПАВ.

ДЕТЕРМИНАНТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У БОЛЬНЫХ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19»

Арипова М.А, Саттаров Т.Ф., Абдуллаева В.К.
Кафедра психиатрии, наркологии,
детской психиатрии,
медицинской психологии и
психотерапии, ТашПМИ

Актуальность. Коронавирусная болезнь (COVID-19) достигла масштабов пандемии в 2020 году COVID-19 ассоциирован с множеством психических проблем у нескольких групп людей, включая пациентов с COVID-19 и клиницистов, которые ухаживают за пациентами с подозрением или кроме того, COVID-19 может отрицательно влиять на пациентов с психическими расстройствами, возникшими до пандемии, которые подвергаются повышенному риску заражения из-за трудностей с соблюдением профилактических мер, а также плохого понимания ситуации и риска заражения

Целью исследования является изучение психологических особенностей больных с тревожными расстройствами в период пандемии covid-19

Материал и методы. Была обследована группа пациентов в количестве 40 человек, (15 мужчин и 25 женщин в возрасте от 23 до 52 лет). Средняя длительность заболевания составила 0,5 лет. Использовались клинико-психопатологический, психометрический, клинико-лабораторные, статистические методы.

Результаты. Анализ результатов исследования по степени выраженности тревоги и депрессии в группе женщин и мужчин выявил ряд различий. По данным госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) обнаружено наличие тревожно-депрессивного состояния у 89,7% больных. Повышение тревоги отмечено у всех без

исключения больных. Клиническое проявление тревожного состояния характеризовалось преобладанием напряжения, растерянности, отмечались эмоциональная лабильность и раздражительность. У трети пациентов обнаружено депрессивное состояние (29,5%). В клинической картине депрессивной симптоматики преобладали подавленность, сниженное настроение, тоска, апатия, плаксивость. После проведения аутогенной тренировки по Джекобсону, отмечалась положительная динамика психоэмоционального фона больных, так же отмечалось снижение уровни тревоги с высоких показателей на средние и 20 больных (50, 0%) и со средних в лёгкие степени у 13 больных (30, 0%) ,что свидетельствует о эффективности проведения данной психотерапевтической методики.

Заключение. Таким образом, у пациентов с тревожными расстройствами было выявлено высокие степени тревоги и депрессии связанный с личностными особенностями исследуемых, а также положительное влияние психокоррекционных метод как аутогенная тренировка на динамику снижения тревожной симптоматики у больных в условиях стационарного лечения.

SPIRTLII ICHIMLIKLARGA QARAMLIKNING SHAKLLANISHI VA RIVOJLANISHIDA NASLIY MOYILLIKNING TA'SIRI

Astayev R. B.

Xalilov G'. S.

Respublika ixtisoslashtirilgan narkologiya
ilmiy-amaliy tibbiyot markazi
Samarqand viloyat mintaqaviy filiali

Dolzarbliqi. Spirtli ichimliklarga qaramlik etiopatogeneziga genetik ta'sir 40-70% deb baholanadi. Spirtli ichimliklarga qaramlik, boshqa narkologik kasalliklari singari zamonaviy tibbiy genetikada irsiy moyilligi bo'lgan kasalliklar sinfiga kiradi. Nasliy moyillikning genetik omil va genetik xavf sifatida alkogolga qaramlikning shakllanishi va rivojlanishiga ta'siri dalillarga asoslangan miqdoriy yondashuvlar yordamida turli jinsdagi bemorlar guruhida tekshirilishi kerak. Narkologik kasalliklar bo'yicha qon qarindoshlari orasida kasallik holatlari soni –

nasliy moyillik darajasi va genetik xavf darajasi - kasallikning rivojlanishining genetik jihatdan aniqlangan individual ehtimolini muhim ahamiyatga ega.

Tadqiqot maqsadi: nasliy moyillik ega bo'lgan bemorlarda spirtli ichimliklarga qaramlikning shakllanishi va kechishinio'ziga xos xususiyatlarini o'rganish.

Material va tadqiqot usullari. Tadqiqotga Respublika ixtisoslashtirilgan narkologiya ilmiy amaliy tibbiyot markazi samarqand viloyat mintaqaviy filiali statsionar sharoitda davolanayotgan (KXT-10 bo'yicha F10.2) "alkogolga qaramlik" tashxisi qo'yilgan 100 bemorlari, 10 (10%) ayollar (o'rtacha yoshi $41 \pm 13,33$ yosh) va 90 (90%) erkaklar (o'rtacha yoshi $42 \pm 13,37$ yosh). Tadqiqotga kasallikning rivojlanishi va kechishi to'g'risidagi ma'lumotlarni o'rganib chiqdik (birinchi bemorlarning yoshi, birinchi kasalxonaga yotqizish yoshi, spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish boshlangan yoshi, spirtli ichimliklarni olib tashlash sindromi shakllanish yoshi).

Narkologik kasalliklar bo'yicha nasliy moyillik to'g'risidagi ma'lumotlar bemor va yaqin qarindoshi (ko'pincha xotini) bilan klinik intervyu orqali olingan, nasliy moyillik mavjudligi faktini, shuningdek, uning darajasini baholagan (o'rtacha daraja – spirtli ichimliklarga qaram bo'lgan bitta qon qarindoshi, yuqori – ikki yoki undan ortiq qarindoshda spirtli ichimliklarga qaram bo'lgan).

Natija va muhokamalar. Bizning tadqiqotimizda 85 nafar bemorda (85%) nasliy moyillik borligi haqida xabar bergan, o'rtacha og'irlik darajasi 50 ta bemorda (50%), yuqori daraja 35 bemorda (35%). Taqqoslash guruhlarini erkak ayollarning ulushi bo'yicha farq qilmadi ($p=0,528$). Umuman olganda nasliy moyillik ($Me \pm SD$, $25 \pm 10,61$ yosh, $p=0,011$), o'rtacha og'irlik darajasi ($25 \pm 10,38$ yosh, $p=0,075$) va yuqori og'irlik darajasi ($23 \pm 10,91$ yosh, $p=0,001$) bo'lgan bemorlar spirtli ichimliklarni muntazam ravishda suiiste'mol qilishni nasliy moyillik bo'lmagan bemorlar ($28,5 \pm 9,27$ yosh). Spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilishning boshlanish yoshi ($16 \pm 13,92$ yosh $p=0,013$) va birinchi alkogol namunasining yoshi ($16 \pm 15,82$ yosh, $p=0,04$) bo'yicha yuqori va o'rtacha og'irlikdagi bemorlar o'rtasida farqlar mavjudligi muhimdir. Spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilishni erta boshlagan bemorlarning (22 yoshgacha) ishonchli darajaga yaqin bo'lgan ulushi yuqori nasliy moyillik mavjud bo'lgan bemorlar guruhida (37%) o'rtacha nasliy moyillik mavjud bo'lgan guruhga qaraganda yuqori (28%, $p=0,06$).

Yuqori og'irlikdagi abstinetsiya sindromi mavjud bemorlarda birinchi kasalxonaga yotqizish o'rtacha og'irlikdagi bemorlarga ($40 \pm 17,45$ yosh, $p=0,002$) va nasliy moyillik mavjud bo'lgan bemorlarga ($41 \pm 16,04$, $p=0,008$) qaraganda ancha oldin ($36 \pm 15,03$ yil) sodir bo'ladi.

Spirтли ichimliklarni olib tashlash alomatlarini erta shakllantirgan bemorlarning ulushi (30 yoshgacha) nasliy moyillik mavjud bo'lgan bemorlar guruhida yuqori. Bemorlar genetik xavf darajasi bo'yicha taqqoslandi. O'rtacha genetik xavf 25 bemorda (25%), yuqori 48 bemorda (48%) bo'lgan. Vizual-analog shkala (vash) orqali qabul qilinganda spirтли ichimliklarni iste'mol qilish darajasini ishonchli darajaga yaqin baholash o'rtacha genetik xavfga ega bo'lgan bemorlarga ($p=0,060$) qaraganda yuqori genetik xavf ostida bo'lgan bemorlarda spirтли ichimliklarga bo'lgan ishtiyoqni ko'rsatdi, bu esa qo'shimcha tekshirishni talab qiladi. Shuningdek, genetik xavfi yuqori bo'lgan bemorlarda spirтли ichimliklarni olib tashlash sindromi o'rtacha genetik xavfi bo'lgan bemorlarga qaraganda tezroq shakllanadi ($p=0,029$).

Shuningdek, turli darajadagi genetik xavfga ega bo'lgan bemorlar guruhlarida nasliy moyillik darajasining taqsimlanishi baholandi. Alkogolizm kasalligini rivojlanish uchun genetik xavf darajasi o'rtacha og'irlikdagi bemorlarda ($2 \pm 0,9$) yuqori og'irlikdagi bemorlarga qaraganda yuqori ($1,5 \pm 0,86$, $p=0,024$), bu og'irlik ma'lumotlarining to'liq emasligi bilan bog'liq bo'lishi mumkin va genetik xavf darajasi va oilaviy og'irlik darajasi o'rtasidagi bog'liqlik yo'qligi bilan bog'liq bo'lib, qo'shimcha tekshirishni talab qiladi.

Xulosa. Jinsidan qat'i nazar, nasliy moyillik mavjudligi, yuqori darajasi alkogolga qaramlikning rivojlanishi va shakllanishini tezlashtiradi. Alkogolizm kasallikning rivojlanishi uchun nasliy moyillik asosiy xavf omil bo'lib, u kasallikning dastlabki bosqichlarida bemorning nasliy moyillik va genetik xavfini miqdoriy tahlil qilish orqali alkogolga qaramlikning shakllanishi, rivojlanishi va taxmin qilish mumkin.

НАРУШЕНИЕ РАЗВИТИЕ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ И ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЕ

Ахмедова Д. Ф.

преподаватель кафедры Клинические
основы специальной педагогики,

ТГПУ имени Низами

Игамбердиева К. Ш.

студентка, ТГПУ имени Низами

Детский церебральный паралич (ДЦП) – группа стабильных нарушений развития моторики и поддержания позы, ведущих к двигательным дефектам, обусловленным повреждением или аномалией развития головного мозга у плода или новорожденного ребёнка

Ведущим фактором развития ДЦП является повреждение или аномалии развития головного мозга плода или новорожденного. На 1000 новорожденных приходится 2-3 ребенка с данным заболеванием.

К причинам возникновения Детского церебрального паралича относят:

1. Преждевременные роды; осложнения во время родов; тугое обвитие пуповиной.

2. Слишком крупный плод; низкая масса тела при рождении, особенно, если масса тела меньше 1 кг.

3. Множественные плоды (двойня, тройня и более).

4. Врожденные патологии строения головного и спинного мозга; нарушения кровообращения головного мозга у плода; преэклампсия и эклампсия.

5. Инфекционные заболевания, перенесенные матерью во время беременности; заболевания щитовидной железы и сахарный диабет у матери.

6. Гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, пороки сердца у матери.

7. Курение и употребление алкоголя во время беременности.

8. Резус-конфликт матери и плода.

9. Гиповитаминозы и авитаминозы у матери.

10. Гемолитическая болезнь новорожденного.

11. Плохая экологическая обстановка.

По Международной классификации болезней и проблем Десятого пересмотра, Детский церебральный паралич подразделяется на:

G80.0 - Спастический церебральный паралич

G80.1 - Спастическая диплегия

G80.2 - Детская гемиплегия

G80.3 - Дискинетический церебральный паралич

G80.4 - Атаксический церебральный паралич

G80.8 - Другой вид детского церебрального паралича

Спастический церебральный паралич – напряженные мышцы.

Данный вид паралича является наиболее распространенным, и составляет 80% всех случаев. Тонус мышц повышен, они постоянно находятся в состоянии сокращения, что затрудняет деятельность.

Спастическая диплегия – форма детского церебрального паралича, при которой отмечается нарушение нормальной работы мышц верхних и нижних конечностей, нарушение роста костей, а также отклонение в их развитии, вследствие поражения головного мозга. Диплегия характеризуется поражением обеих сторон – нижних или верхних конечностей, в большинстве случаев происходит поражение ног. Она также известна под названием болезнь Литтля.

Детская гемиплегия – синдром, который проявляется полной утратой произвольных движений в конечностях на одной стороне тела.

Дискинетический церебральный паралич – неконтролируемая двигательная деятельность. При дискинетическом ДЦП наблюдаются неконтролируемые движения рук или ног; они могут быть как медленные и гибкие, так и быстрые и порывистые.

Атаксический церебральный паралич – это нарушение контроля и координации движений тела, особенно при ходьбе. При атаксическом типе, который возникает менее чем у 5 % детей с церебральным параличом, отмечается плохая координация, а также слабость мышц.

Речь ребенка с Детским церебральным параличом

Особенности нарушений речи и степень их выраженности зависят, в первую очередь, от локализации и тяжести поражения мозга. Отставание в развитии речи при ДЦП связано также с ограничением объема знаний и представлений об окружающем,

недостаточностью предметно-практической деятельности и социальных контактов, детям не хватает общения со сверстниками.

Часто родители вносят свой вклад в речевые нарушения своих детей. К примеру, очень заботливые родители постоянно выполняют за ребенка всю работу, они предугадывают его желания. В таком случае у ребенка не формируется потребность в речевом общении, которая является важной предпосылкой развития речи.

Также негативно на речевое развитие сказывается пребывание ребенка в различных лечебных учреждениях. Постоянно сменяющиеся врачи, нервное напряжение и возможный разрыв с матерью вследствие диспансеризации разрушают в ребенке всякое стремление говорить.

Длительное сохранение патологических тонических рефлексов оказывает отрицательное влияние на мышечный тонус артикуляционного аппарата. Выраженность тонических рефлексов повышает тонус мышц языка, затрудняет дыхание, голосообразование, произвольное открывание рта, движения языка вперед и вверх. Подобные нарушения артикуляционной моторики задерживают формирование голосовой активности и нарушают звукопроизводительную сторону речи. Наиболее выраженные нарушения артикуляционной моторики отмечаются у детей, у которых значительно поражены верхние конечности.

У преобладающего количества детей с церебральным параличом в раннем возрасте крайне медленно увеличивается активный словарь, длина предложения, речь долго остается неразборчивой. Пассивный словарь (понимание обращенной речи) обычно значительно больше активного. Задерживается развитие мелодико-интонационной стороны речи, а также восприятие и воспроизведение ритма. Речевая активность детей низкая, в речи преобладают отдельные слова, реже — простые короткие предложения. С трудом формируется связь между словом, предметом и простейшим действием. Особенно сложно усваиваются слова, обозначающие действие. Часто они заменяются словами, обозначающими предметы. У всех детей с церебральным параличом в результате нарушения функций артикуляционного аппарата недостаточно развита, прежде всего, фонетическая сторона речи, стойко нарушено произношение звуков.

На начальном этапе становления речи многие звуки отсутствуют, в дальнейшем часть из них произносится неправильно либо заменяется близкими по структуре воспроизведения, что приводит к

общей невнятности речи. Для многих детей с церебральным параличом характерно патологическое усвоение фонем, не совпадающее с последовательностью их усвоения при нормальном развитии.

В тяжелых случаях дети не различают звуки на слух, не выделяют звуки в словах, не могут повторить слоговые ряды. В более легких случаях отмечаются трудности звукового анализа слов лишь с дефектно произносимыми звуками. В дошкольном возрасте многие дети общаются с окружающими с помощью простых коротких предложений из двух—трех слов. Даже имея достаточный уровень речевого развития, дети не реализуют своих возможностей в общении (на заданные вопросы часто дают стереотипные однословные ответы). У большинства детей с ДЦП отмечаются своеобразные нарушения лексического строя речи, обусловленные спецификой заболевания.

Своеобразное формирование словарного запаса находит свое выражение в нарушении усвоения многих языковых структур. Особенно ограничен запас слов, обозначающих действия, признаки и качества предметов. Дети испытывают трудности в понимании и употреблении предлогов, словосочетаний с предложными конструкциями, а также слов, обозначающих пространственно-временные отношения, абстрактные понятия. Часто у детей с церебральным параличом отмечаются нарушения формирования грамматического строя речи, которые зачастую обусловлены лексическими расстройствами.

Грамматические формы и категории усваиваются крайне медленно и с большим трудом, что во многом обусловлено ограничением речевого общения, нарушением слухового восприятия, внимания, низкой речевой активностью и недоразвитием познавательной деятельности. Дети испытывают трудности при построении предложений, согласовании слов в предложении, употреблении правильных падежных окончаний. Нередко отмечаются нарушения порядка слов, пропуски слов, незаконченность предложений, многочисленные повторы одного и того же слова (тут, вот и др.).

Даже к началу обучения в школе большинство детей с церебральным параличом практически не умеют пользоваться грамматическими средствами оформления предложений. У них отчетливо выявляется недостаточная сформированность связной речи. Возрастная динамика речевого развития детей с церебральным параличом во многом зависит от состояния интеллекта. Чем выше

интеллект ребенка, тем более благоприятная динамика развития речи, лучше результаты логопедической работы.

К основным приемам коррекции звукопроизношения относят артикуляционную гимнастику, логопедический массаж и дыхательную гимнастику.

Для лучшего результата важно мотивировать ребенка на занятия. Ежедневно демонстрировать, как слова действуют на маму быстрее крика и не доводят до плача самого малыша, привлекают внимание сверстников и не отторгают их. Ребенок должен понимать, что говорить – это удобно, интересно, полезно и речь помогает во всех делах и развлечениях.

Гимнастика, проводимая с детьми, в первую очередь направлена на усиление активности губ и языка. Упражнения для губ создают уклады, необходимые в дальнейшем для произнесения звуков: «а», «о», «у», «и». Упражнения для языка должны выработать мышечный стереотип движений при произношении согласных и складывания слогов в слова и предложения.

Почти все дети с ДЦП при любых занятиях, требующих физических усилий, быстро утомляются, в отличие от их здоровых сверстников. Поэтому артикуляционную гимнастику стоит сменять массажем лица для того, чтобы ребенок отдохнул.

Приемы для массажа лица весьма простые – это поглаживание, растирание, разминание и вибрация. Все эти действия позволяют изменить состояние мышц, нервов, кровеносных сосудов и тканей речевого аппарата.

Если ежедневно, регулярно пощипывать, поглаживать, разминать кожу щек, губы, вероятность парезов и параличей значительно снижается.

Стоит отметить, что даже у массажа также есть противопоказания, при которых с занятием с ребенком стоит отложить. Это лихорадочные состояния, острые воспаления, диатезы, стоматиты, склонность к носовым кровотечениям, тошнота. Все ощущения при занятиях должны быть приятными.

Дыхательные упражнения при ДЦП

Чаще всего специалисты начинают дыхательную гимнастику со статических упражнений, не требующих участия рук и ног. Например:

1. Лечь на спину, вытянув конечности. Сделать глубокий вдох, глубокий выдох с втягиванием живота.

2. Стоя, сидя или лежа выполнять ритмичное носовое дыхание с закрытым ртом в привычном для ребенка темпе, 30-60 с.

3. Выполнять то же самое при зажатой одной ноздре — ритмичное дыхание через другую ноздрю.

Но так же существуют и более сложные упражнения. Такие как:

1. Сидя или стоя. Ноги вместе, руки на поясе. Повороты туловища в стороны. При выполнении упражнения — выдох, при возвращении — вдох.

2. Лежа на спине. Поднимание рук вверх и опускание их вдоль головы — вдох. При возвращении — выдох.

3. Стоя. Ноги вместе, руки на поясе. Приседание — выдох, возвращение — вдох, и так далее.

Существуют различные методики дыхательной гимнастики. Ту, которая подойдет именно Вашему ребенку - может посоветовать педиатр или логопед.

В процессе своевременно начатой и систематической работы оказывается возможным скорректировать отклонения в речевом развитии у детей с церебральным параличом вплоть до абсолютно здоровой дикции.

Список использованной литературы:

1. Юсупов Дильмурад. «Наши дети уникальные, а не «умственно отсталые»!// Д. Юсупов – Текст: непосредственный // Газета.uz. – 2019.

2. Указ Президента Республики Узбекистан от 29.04.2019 г. № УП-5712 «Об утверждении концепции развития системы народного образования Республики Узбекистан до 2030 года».

3. Постановление Президента Республики Узбекистан от 13.10.2020 г. № ПП-4860 «О мерах по дальнейшему совершенствованию системы образования и воспитания детей с особыми образовательными потребностями».

4. «Детский церебральный паралич». Автор: Сальков Владимир Николаевич, Шмелева Светлана Васильевна, Коноваленко Светлана Владимировна, Редактор: Самуйлова И. Н. Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2020 г.

5. «Адаптивная физическая культура. Комплексы упражнений для детей с ДЦП. Формы атонически-астатическая и гиперкинетическая. практическое пособие» Автор: Рябова Елена Владимировна. Издательство: Владос, 2020.

ПРЕДПОСЫЛКИ К РАЗВИТИЮ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ БАЗЫ СЛУЖБЫ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

**Ашуров З.Ш.^{1,2}, Хайрединова И.И.^{1,2},
Ядгарова Н.Ф.², Лян Е.М.²**

¹Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр наркологии,
Ташкентская область, Республика Узбекистан

²Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан e-mail:

inara.khayredinova@mail.ru

Узбекистан с момента приобретения независимости принимает меры по улучшению здоровья и благополучия населения. За последнее десятилетие осуществлены крупные реформы, направленные на повышение эффективности и действенности системы здравоохранения.

Президент Республики Узбекистан определил основной вектор устойчивого социального развития государства, в основе которого принцип «Реформы в медицине – во имя человеческого достоинства», глубокие и последовательные реформы, направленные на повышение уровня и качества жизни граждан. Благодаря принимаемым последовательным мерам обеспечено повышение эффективности, качества и доступности медицинского обслуживания населения, достигнуты основные параметры Целей развития тысячелетия ООН.

В результате проделанной работы была создана сеть республиканских специализированных научно-практических медицинских центров, оказывающих высококвалифицированную высокотехнологичную специализированную медицинскую помощь населению с её территориальными филиалами.

Говоря о прогрессе отечественной медицины, стоит упомянуть о прочной нормативно-правовой базе, созданной в сфере здравоохранения за последние годы. Принятые указы и постановления Президента, постановления правительства призваны регулировать все этапы развития медицины. Так, в числе главных документов Указ главы государства «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 7 декабря 2018-го, которым утверждена Концепция развития системы здравоохранения Республики Узбекистан на 2019-2025 годы.

Большое внимание уделяется со стороны правительства службе охраны психического здоровья. Служба охраны психического здоровья населения Республики Узбекистан представлена двумя службами – психиатрической и наркологической.

Важными предпосылками по совершенствованию оказания психиатрической помощи населению стало во-первых, принятие Постановления Президента Республики Узбекистан, от 16.03.2018 г. № ПП-3606 «О мерах по коренному совершенствованию системы оказания психиатрической помощи», приоритетным направлением которого явилось:

- передача отдельных функций учреждений психиатрической службы РУз частному сектору здравоохранения, развитие государственно-частного партнерства в сфере оказания психиатрической помощи населению с привлечением инвестиций для улучшения качества оказываемых услуг. Издан приказ МЗ РУз от №47 от 8 августа 2018 г. «Об утверждении списка медицинских услуг оказываемых диагностическую и лечебную услугу больным психическими и поведенческими расстройствами».

- эффективное управление в сфере оказания психиатрической помощи населению путем формирования целевой вертикальной системы по организации лечебно-профилактической работы, раннего выявления психических расстройств и координация вопросов оказания психиатрической помощи населению (приказом Министерства здравоохранения от 19.08.2018г.) возложено на отдел стационарной и специализированной помощи при ГУОЛПП;

- совершенствование законодательной и нормативно-правовой базы в области охраны психического здоровья населения;

- обеспечение широкого и равного доступа к качественным медицинским услугам по укреплению психического здоровья населения на всех уровнях системы здравоохранения;

- повышение качества медико-социальной реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами, обеспечение необходимых условий для полноценного участия их в жизни общества;

- дальнейшее развитие современной инфраструктуры по оказанию квалифицированное, специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи населению республики;

- совершенствование информационной системы здравоохранения, координация, мониторинг и оценка ведомственной деятельности и межсекторального взаимодействия в реализации мероприятий в области охраны психического здоровья населения.

Во вторых, Постановление Президента Республики Узбекистан, от 13.02.2019 г. № ПП-4190 «Об утверждении концепции развития службы охраны психического здоровья населения Республики Узбекистан на 2019 -2025 годы».

Предпосылкой к совершенствованию нормативно-правовой базы, регулирующей деятельность наркологической службы, стала Стратегия действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан в 2017–2021 годах, разработанная по итогам комплексного изучения актуальных и волнующих население и предпринимателей вопросов, анализа действующего законодательства, правоприменительной практики и передового зарубежного опыта, а также широкого общественного обсуждения. В рамках Стратегии и в целях ее реализации в 2017–2021 годах принято около 300 законов, свыше 4 тысяч Указов и Постановлений Президента Республики Узбекистан, ряд Постановлений Кабинета Министров Республики Узбекистан, направленных на кардинальное реформирование всех сфер жизни государства и общества. его территориальными филиалами.

В частности, это такие важные документы, как Закон Республики Узбекистан от 27.10.2020 № ЗРУ-644 «О профилактике и лечении наркологических заболеваний»; Постановление Президента Республики Узбекистан от 16.05.2022 № ПП-244 «О дополнительных мерах по дальнейшему совершенствованию системы оказания наркологической помощи населению»; Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 03.10.2019

№842 «О мерах по совершенствованию системы оказания наркологической помощи населению Республики Узбекистан»; Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 04.11.2022 №644 «Об утверждении положения о порядке оказания медицинской помощи лицам, находящимся в состоянии опьянения от воздействия алкоголя, наркотических средств или особым образом». Было принято совместное постановление Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, Министерства внутренних дел Республики Узбекистан, Министерств народного образования и высшего и среднего специального образования Республики Узбекистан и Агентства по делам молодежи №17 от 25 октября 2022 года «О внедрении профилактической системы, направленной на предупреждение и раннее выявление употребления психоактивных веществ среди несовершеннолетних и молодежи», которым утверждаются учебно-методические пособия для педагогов и школьных психологов. Утверждено совместное постановление Министерства здравоохранения Республики Узбекистан и Министерства внутренних дел Республики Узбекистан «Об утверждении образцовой программы по принудительному лечению лиц с алкогольной, наркотической и токсикоманической зависимостью, а также агрессивных психически больных» от 31 марта 2022 года.

В заключение следует отметить, что на современном этапе медицина и здравоохранение в стране развиваются в общем русле динамичных преобразований, направленных на неуклонное повышение уровня и качества жизни граждан Нового Узбекистана, девиз которого «Общество, заботящееся о каждом гражданине». Такой подход государства позволяет наряду с сохранением традиций модернизировать и укрепить данную сферу, а также заложить основы для ее долгосрочного развития.

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММА ПРИ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ: КОМПЛЕКСНЫЙ СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Бабаев Ж.С., Султанов Ш.Х., Курбанниязова Ш.Э.

Ташкентский государственный
стоматологический институт
г. Ташкент, Узбекистан

Введение. Глубокие структурные повреждения миокарда, обусловленные кардиотоксическим действием антипсихотических препаратов (АП), вызывают разнообразные патологические сдвиги электрокардиограммы (ЭКГ), отражающие появление морфофункциональных нарушений со стороны сердца. Однако вопрос о динамике изменений ЭКГ-знаков при различных сроках антипсихотической терапии (АПТ) практически не разработан.

Цель. Изучить с помощью оригинального статистического алгоритма изменения ЭКГ при различных сроках АПТ.

Материал и методы. Изучено 210 ЭКГ, принадлежащих 78 больным шизофренией (мужчин – 50, женщин – 28), в возрасте преимущественно (64,1%) от 41 года до 60 лет. Всем пациентам проводилась АПТ различной длительности. Назначались разнообразные АП в дозах, соответствующих терапевтическому стандарту, нередко в комбинациях друг с другом.

В зависимости от сроков лечения материал разделен на четыре группы: I – до 5 лет (56 ЭКГ); II – от 5 до 10 лет (90 ЭКГ); III – от 11 года до 20 лет (44 ЭКГ); IV – свыше 20 лет (20 ЭКГ). Учитывалось семь ЭКГ-знаков. Исследование проведено в пять этапов.

Этап I. Определена частота (Mx) тех или иных ЭКГ-знаков при АПТ разной длительности. Это первая их характеристика.

Этап II. В связи с тем, что Mx того или иного параметра не показывает в полной мере динамику изменений его выраженности, то есть уровень лабильности, нами введен такой процентный показатель, как индекс различия (MΔ). Это вторая характеристика изучаемых ЭКГ-знаков.

Этап III. Силу изучаемого воздействия в количественном выражении показывает коэффициент Коэна (d'С). Величина, обратная d'С, определяет чувствительность показателя к вредоносному воздействию. Таким образом, чувствительность является третьей характеристикой рассматриваемых ЭКГ-знаков.

Этап IV. Он заключается в проведении информационного анализа, который количественно устанавливает информативность (Ix) отдельного признака, показывающую его диагностическую значимость. Это четвертая характеристика ЭКГ-знаков.

Этап V. Ранжируются по возрастанию величины таких показателей, как Mx, MΔ и Ix, а значения d'S, напротив, по убыванию. По сумме рангов (Σr) четырех ранговых рядов (Mx, MΔ, d'S и Ix) изученных ЭКГ-знаков рассчитывается рейтинг (Rt) последних. Этот интегральный показатель позволяет комплексно оценить каждый параметр ЭКГ, наблюдающийся при АПТ, одновременно по их четырем различным характеристикам (частота, лабильность, чувствительность, Ix).

Для статистической обработки данных использована компьютерная программа «Statistica 6.0» с уровнем значимости $p \leq 0,05$.

Результаты. У пациентов, принимавших АП, чаще всего регистрируются нарушения ритма. По мере увеличения длительности АПТ частота аритмий снижается. Напротив, частота почти всех остальных ЭКГ-знаков в целом увеличивается.

Согласно величинам MΔ, наиболее лабильными оказались (в порядке возрастания) такие показатели, как перегрузка правых отделов, отклонение электрической оси сердца (ЭОС) влево и гипертрофия левого желудочка. Определение d'S, обратно пропорционального чувствительности ЭКГ-знаков, показало, что максимально чувствительными являются нарушения ритма и проводимости, а также гипертрофия левого желудочка.

Итоги информационного анализа позволяют выделить наиболее информативные из изученных ЭКГ-знаков. Это (по возрастанию Ix) – удлинения интервала QTc, перегрузка правых отделов и отклонение ЭОС влево. При расчете Rt изученных ЭКГ-знаков установлено, что здесь лидируют отклонение ЭОС влево и перегрузка правых отделов. У остальных параметров ЭКГ Rt значительно ниже.

Заключение. Проведенный комплексный статистический анализ позволяет дать объективную интегральную характеристику изменений параметров ЭКГ, ассоциированных с приемом АП, одновременно по четырем позициям – частоте, лабильности, чувствительности и информативности. В этом плане лидирующее положение занимают такие ЭКГ-знаки, как отклонение ЭОС влево и перегрузка правых отделов.

ОСОБЕННОСТИ АРТ-ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Бабарахимова С.Б., Файзуллаева К.Р.,
Мирворисова З.Ш.

Ташкентский педиатрический
медицинский институт,
Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы исследования расстройств пищевого поведения у пациентов с параноидной шизофренией является одной из важнейших задач практического здравоохранения. В литературе научных работ, посвящённых дигестивным нарушениям у пациентов шизофренического профиля, очень мало и в основном они исследуют клинические проявления данного явления, не акцентируя внимания на гендерные различия и своеобразие клинических различий в синдромологическом аспекте. Дискутабельным вопросом в практической психиатрии остаётся и по настоящее время эффективность проведения психотерапевтического вмешательства у пациентов с параноидной шизофренией, коморбидной с расстройствами пищевого поведения.

Цель исследования: изучить эффективность применения арт-терапии у пациентов с дигестивными нарушениями, встречающимися в клинической картине параноидной шизофрении для улучшения медико-психологической помощи данному контингенту больных.

Материалы и методы исследования: в исследование были включены 37 пациентов с параноидной шизофренией, находившихся на стационарном лечении в психиатрической больнице. Среди них лиц женского пола было 19 пациенток и 18 мужчин с расстройствами пищевого поведения. В ходе исследования использованы клинко-психопатологический и катамнестический методы исследования. Из психометрических методов использованы Шкала Calgary, Шкала PANSS, тест отношения к приему пищи (EAT-40). Всем обследуемым больным проводилась психокоррекционная работа в виде групповых сеансов арт-терапии (раскраска с помощью акварельных красок трафаретов, аппликации с помощью зёрнышек риса, гречки,

маша, фасоли, чечевицы) в сочетании с рациональной психотерапией и музыкотерапией.

Результаты исследования: из 37 обследованных больных у 65% диагностирована параноидная шизофрения с непрерывным типом течения F-20.00, у 35% обследованных - параноидная шизофрения с эпизодическим типом течения F-20.01. Тестирование по шкале Calgary обнаружило наличие депрессивных расстройств практически у всего обследуемого контингента. У 55 % пациентов было зарегистрировано наличие депрессии средней степени выраженности. 36% обследуемых страдали депрессией лёгкой степени и лишь только у 10% пациентов была установлен депрессия тяжёлой степени по шкале Calgary. Гендерные особенности дигестивных нарушений у женщин преимущественно были представлены склонностью к избыточному перееданию, формированием метаболического синдрома. У мужчин нарушения пищевого поведения обнаруживали значительные различия от лиц женского пола чаще всего проявлялись отказами от еды, употреблением биологически активных пищевых добавок, способствующих похуданию, что приводило к снижению комплайенса и рецидиву эндогенного процесса. Основным методом психотерапевтического вмешательства явилась арт-терапия с использованием антистресс-раскрасок трафаретов «Еда». До проведения арт-терапии у всех обследуемых пациентов был установлен уровень тяжести депрессивной симптоматики. Сеансы арт-терапии проводили клинические и медицинские психологи в закрытых отделениях городской клинической больницы города Ташкента с частотой три раза неделю, продолжительностью 45-60 минут в течении трёх месяцев наблюдения пациентов. Большинство пациентов мужского пола с удовольствием выполняли задания психотерапевта, в основном использовали яркие теплые краски в ходе проведения арт-терапии. Пациенты мужского пола в большинстве случаев, предпочитали раскрашивать трафареты мясной продукции, фаст-фуда, причём наблюдалось у мужчин применение натуральных, естественных цветов палитры красок акварели и гуаши. В отличие от пациенток женского пола, мужчины редко в арт-терапевтическом сеансе использовали мозаику, аппликацию, украшение трафаретов рисунков бисером. Лица женского пола с удовольствием раскрашивали трафареты, отражающие

кондитерские изделия-торты, пирожное, конфеты, пиццу, хлебобулочные выпечки. Более длительное участие лиц женского пола в сеансах групповой терапии творчеством объясняется их усидчивостью, склонностью к выполнению рутинной монотонной работы, большей терпеливостью и уплощением эмоциональной сферы. Арт-терапия с использованием аппликационных методов способствовало развитию тонкой локомоторики и формированию стабилизации психоэмоциональной сферы женщин. В отличие от мужчин, лица женского пола выбирали холодные цвета палитры красок для раскрашивания картинок с едой, мотивируя свой выбор отвращением к пище и отсутствием аппетита. Пациентки в большинстве случаев сочетали раскрашивание акварельными красками трафаретов с оформлением мозаики, аппликации, наклеиванием на рисунки зёрен риса, гречки, фасоли. Комбинированное использование методов арт-терапии женщины объясняли более эффективным воздействием релаксирующего компонента психокоррекционного вмешательства. После групповых сеансов арт-терапии отмечалось значительное снижение тяжести депрессивной патологии и редукция расстройств пищевого поведения. Данные исследования позволяют оптимизировать комплексный подход к терапии дигестивных нарушений у пациентов с параноидной шизофренией, сократить количество госпитализаций, продлить сроки ремиссии и предотвратить возможные соматические осложнения.

Выводы. Таким образом, полученные в ходе исследования результаты способствуют улучшению планирования оказания фармакотерапии в сочетании с психотерапией. Использованные интегративные методы психотерапии для пациентов с параноидной шизофренией с учётом половых различий в условиях психиатрических больниц помогут оптимизировать реабилитацию пациентов с нарушениями пищевого поведения, сократить количество госпитализаций и максимально продлить период ремиссии.

SURUNKALI ALKOGOLIZM BILAN OG‘RIGAN BEMORLARDA, NAFTIZIN (NAFAZOLIN) SUISTE‘MOLINING KUZATILISHI VA KECHISHI

Baymirov S. L., Kamarov O. X.
Respublika ixtisoslashtirilgan
narkologiya ilmiy-amaliy tibbiyot
markazi Samarqand viloyati filiali

Kirish. Spirtli ichimliklarga qaramlik sindromi rivojlangan bemorlarning o‘rtasida 1 % li naftizin (nafazolin) dori vositasini suiste‘moli kuzatiladi. Uzoq muddat ichkilikbozlik kasalligi tashxisi bilan davollangan bemorlarda naftizin dori vositasiga moyilligi ortib bormoqda. Davolanayotgan bazi bemorlarning alkogol va naftizin dori vositasini birgalikda qabul qilishi qaramligining og‘irligini aks ettiradi deb taxmin qilinadi.

Alkogolizm kasalligi bilan davolanayotgan naftizin (nafazolin) dori vositasi suiste‘moli bo‘lgan bemorda, naftizin dori vositasi iste‘moli to‘xtatilganda bemorlarda sababsiz kayfiyatini keskin tushishi, davolanishdan bosh tortishi, depressiv holatlar kuzatilishini kuchayib, qaramlikning yanada og‘ir darajasida suisidal fikrlar paydo bo‘lishini kuzatdik. Ichkilikbozlik kasalligi bo‘lmagan naftizin dori vositasini qabul qiluvchilarda bunday alomatlar kuzatilmaydi.

Tadqiqot maqsadi. Spirtli ichimliklarga qaram bo‘lgan bir guruh bemorlarda naftizin dori vositasini qabul qilishi to‘xtatilganda ruhiyatning buzilishini baholash.

Materiallar va tadqiqot usullari. Tadqiqot Respublika ixtisoslashtirilgan narkologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi Samarqand viloyati filialining dispanser va psixosomatik bo‘limlarida o‘tkazildi. Tadqiqotda alkogolizm tashxisi qo‘yilgan 65 bemorning ma‘lumotlari o‘rganildi. So‘rovda qatnashganlarning birinchi guruhiga alkogolizm kasalligi bilan davolanayotgan naftizin (nafazolin) dori vositasi suiste‘moli bo‘lgan bemorlar 35 nafar (53.8%) kiritilgan. Nazorat guruhida alkogolga qaramlik fonida naftizin dori suiste‘moli bo‘lmagan 30 kishi kuzatildi. O‘rtacha yoshi $44,4 \pm 7,2$ yil edi. Tadqiqotda quyidagi psixologik testlar va anketalardan foydalandi: SMOL (qisqartirilgan fanlararo shaxsiyat ro‘yxati), kasalxonada tashvish va depressiya shkalasi (HADS), Hamilton depressiya shkalasi (HDRS).

Tadqiqot natijalari. Bizning natijalarimizga ko‘ra, alkogolizm tashxisi bilan davolanayotgan naftizin (nafazolin) dori vositasi

suiste'moli bo'lgan bemorlar va naftizin (nafazolin) dori vositasi suiste'moli bo'lmaganlarga qaraganda kam bo'lsa-da sezilarli farq aniqlandi. Shuni ta'kidlash kerakki, ichkilikbozlik kasalligi bo'lgan bemorlarda naftizin dori vositasi iste'moli to'xtatilishi kuzatilganda, ruhiyatning buzilishi va naftizin dori vositasi suiste'molining og'ir kechishi va ular o'rtasida bog'liqlik mavjud. Davolanish uchun kelgan bemorlarning taxminan beshdan bir qismi naftizin dori vositasini qabul qilmaganda ruhiyatni sababsiz buzilishiga o'xshash alomatlar kuzatiladi. Ichkilikbozlik kasalligi va naftizin dori vositasini qabul qilish o'rtasidagi munosabatlar hali ham aniq emas, naftizin dori vositasini qabul qilishni to'xtatilgan (mahrumlik) davrida sababsiz tashvishga tushish va kayfiyatni buzilishi belgilarining chastotasi va kasallikni og'irligi ortadi. Bu spirtli ichimliklarni iste'mol qiluvchilarning ushbu guruhi o'rtasida, naftizin dori vositasi suiste'moliga bog'liqligini ko'rsatadi.

Xulosa. Surunkali alkogolizm bilan og'irigan bemorlarning, naftizin dori vositasi suistemoli, ularning ijtimoiy va psixologik moslashuvini sezilarli darajada kamaytiradi. Naftizin dori vositasini qabul qilib, spirtli ichimliklarni iste'mol qiluvchilar, turli guruhlardagi naftizin preparatini qabul qilmaydiganlar o'rtasida qiyosiy tekshiruvlar, ushbu guruhlar o'rtasidagi korreksiyalashni hal qilish uchun qo'shimcha tadqiqotlarni talab qiladi.

ИНТОКСИКАЦИОННЫЕ ПСИХОЗЫ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ СОЧЕТАННЫМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Баймирова Л.Т., Турсунходжаева Л.А., Азизова Д.К.

Центр развития профессиональной
квалификации медицинских
работников, Ташкент, Узбекистан
luiza-14@yandex.ru

В последние годы во всех развитых странах мира регистрируется тенденция к быстрому распространению сочетанного употребления психоактивных веществ, рынок которых неуклонно расширяется за счет появления все новых синтетических наркотиков и лекарственных препаратов. В Республике Узбекистан новые психоактивные вещества, обладающие высокой токсичностью и большим наркогенным потенциалом, появились сравнительно недавно и,

как правило, присоединяются к злоупотреблению классическими наркотиками опиоидной или каннабиноидной группы. В результате сочетанного употребления психоактивных веществ, относящихся к разным фармакологическим группам, значительно участились случаи возникновения интоксикационных психозов, практически не встречавшихся при моноупотреблении классических опиоидов и редко возникавших при передозировке природных каннабиноидов. Клинические особенности таких психозов изучены недостаточно, а меры по их купированию мало разработаны.

Целью нашего исследования являлось изучение психопатологических особенностей интоксикационных психозов, обусловленных сочетанным приемом психоактивных веществ, и разработка мер неотложной наркологической помощи при этих состояниях.

На базе Ташкентского городского наркологического диспансера обследованы 40 больных, поступивших в отделение реанимации по поводу острых интоксикационных психозов. В 71,4% случаев больные употребляли трамадол в сочетании с прегабалином и тропикамидом, в 14,3% - синтетические каннабиноиды (“Спайсы”) в сочетании с катинонами (“соли”), прегабалином и тропикамидом, в 14,3% случаев имело место сочетание психостимуляторов с алкоголем.

Исследование показало, что интоксикационные психозы чаще (57,1% больных) оформлялись по типу делирия с дезориентировкой в месте, времени, окружающей обстановке, выраженным двигательным возбуждением. Вместе с тем при преобладании истинных зрительных галлюцинаций достаточной выраженности достигал вербальный галлюциноз на фоне сильного страха, крайнего внутреннего напряжения, тревожно-депрессивного или тоскливо-злобного аффекта с ненавистью и агрессией к окружающим. Поведение соответствовало содержанию галлюцинаций и отражало ситуацию грозящей опасности.

Несколько реже (42,8% больных) интоксикационные психозы имели форму острого вербального галлюциноза и протекали при полном сохранении ориентировки в окружающем. Больные испытывали наплыв истинных вербальных галлюцинаций, как правило, угрожающего характера. Наблюдались страх или подавленность настроения, галлюцинаторный бред преследования, реже ревности. Бредовые идеи и поведение больных полностью соответствовали содержанию вербальных галлюцинаций.

Интересен тот факт, что при моноупотреблении наркотиков опиной группы психозы, как правило, не наблюдаются, в то время как их сочетание с прегабином и тропикамидом составило большинство случаев описанных психотических состояний. Вместе с тем возникновение интоксикационных делириев со зрительными и слуховыми галлюцинациями считается достаточно характерным для злоупотребления холиноблокаторами, представителем которых является тропикамид. Что касается синтетических каннабиноидов, то из-за сложности дозирования их прием довольно часто сопровождается интоксикационными психозами, связанными с передозировкой препарата. В любом случае очевидно, что сочетанное злоупотребление наркотиками и лекарственными препаратами, относящимися к разным фармакологическим группам, существенно повышает риск развития острых психотических состояний.

Для купирования делирия достаточно эффективным оказалось применение диазепама на фоне дезинтоксикационной, симптоматической терапии и витаминотерапии. Наличие острого вербального галлюциноза потребовало сочетания диазепама с нейролептиками фенотиазинового и бутирофенонового ряда.

КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ПРОХОДИВШИХ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПО НАПРАВЛЕНИЮ БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Н.В.Безбородова, О.В.Петрунко
Иркутский областной психоневрологический
диспансер, Иркутская государственная
медицинская академия последипломного
образования – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО,
Иркутск, Россия
petrounko@mail.ru

На XVII съезде психиатров России в 2021 году заместитель министра здравоохранения Олег Салагай отметил, что в РФ зарегистрировано около 5,6 млн. человек, страдающих психическими расстройствами – «это граждане, которым требуется медицинская

помощь, медицинская и социальная реабилитация». Почти каждый второй больной из числа пациентов с впервые диагностированным психическим расстройством или расстройством поведения становится инвалидом (Трущелёв С.А. с соавт., 2019). В настоящее время перечень медицинских обследований, необходимых для получения клиничко-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы, определяется Приказом Минтруда России N 402н, Минздрава России N 631н от 10.06.2021 (Зарегистрировано в Минюсте России 29.07.2021 N 64450). В ряде случаев для решения экспертных вопросов требуется дообследование в условиях стационара для уточнения диагноза и выраженности нарушений психических функций, принятия экспертного решения при проведении медико-социальной экспертизы.

Цель исследования: анализ клиничко-демографических особенностей лиц с психическими расстройствами, проходивших обследование по направлению бюро медико-социальной экспертизы в психиатрическом стационаре.

Материалы и методы: Проведено обследование 18 пациентов (13 мужчин, 5 женщин) с психическими расстройствами, проходивших обследование по направлению бюро медико-социальной экспертизы в пограничном отделении №8 ОГКУЗ Иркутская областная психиатрическая больница №1. Всем пациентам в соответствии с Приказом Минтруда России N 402н, Минздрава России N 631н от 10.06.2021 проводилось лабораторное и инструментальное обследование, консультации специалистов, патопсихологическое – экспериментальное - психологическое (психодиагностическое) исследование. Окончательный диагноз в соответствии с МКБ-10 выносился по решению врачебной комиссии.

Результаты и выводы. Пациенты поступили в психиатрический стационар по направлению экспертных составов Главного бюро МСЭ по Иркутской области для обследования (66,7%), уточнения диагноза и степени выраженности психических нарушений (33,3%). При поступлении 44,4% пациентов не имели инвалидности, инвалидность 1 группы – 5,6%, инвалидность 2 группы – 11,1%, инвалидность 3 группы – 38,9%. До госпитализации продолжали работать лишь 11,1% пациентов, 44,4% обследованных никогда не имели трудового стажа.

По возрасту на момент обследования пациенты распределились следующим образом: 18-20 лет – 38,9%, 30-40 лет - 16,7%, 45-55 лет -

27,8%, 60-70 лет - 16,7%. Подавляющее большинство (72,2%) были городскими жителями, проживали в сельской местности 27,8% пациентов.

По полученному образованию пациенты распределились следующим образом: не обучался – 5,6% человек, коррекционная школа – 22,2%, неполное среднее - 33,3%, среднее – 5,6%, средне-специальное - 27,8%, высшее – 5,6%. Среди лиц, имеющих трудовой стаж, малоквалифицированный труд был у 11,1% обследованных, квалифицированные рабочие – 27,8%, работники сферы обслуживания – 11,1%, служащие – 5,6%. На момент обследования в зарегистрированном браке состояли 44,4%, в гражданском браке – 5,6%, в разводе – 11,1%. Не было детей у 38,9%, один ребёнок - у 27,8%, 2 и 3 детей – по 16,7%.

Впервые были госпитализированы в психиатрический стационар 66,7% пациентов, ранее получали лечение у психиатра в стационарных условиях только 33,3%. Длительность заболевания варьировала от 1 года до 25 лет. По диагнозу в соответствии с МКБ-10 подавляющее большинство (83,3%) были пациенты с органическим расстройством личности (F07.0): в связи с травмой головного мозга – 5 человек, вследствие раннего перинатального поражения головного мозга – 1 человек, в связи с сосудистым заболеванием головного мозга - 1 человек, сложного генеза – 8 человек. В единичных случаях (по 5,6%) установлены диагнозы: умеренная умственная отсталость со значительными нарушениями поведения (F71.1), соматоформная вегетативная дисфункция (F45.3), атипичный аутизм с лёгкой умственной отсталостью (F84.11, F70.1).

После стационарного обследования в психиатрическом стационаре и последующего прохождения медико-социальной экспертизы группа инвалидности была не установлена лишь в одном случае (5,6%) пациенту с соматоформной вегетативной дисфункцией, ему была рекомендована дальнейшая терапия. Среди лиц, которые ранее не являлись инвалидами, в 38,9% установлена вторая группа инвалидности, в том числе в одном случае с причиной – инвалидность с детства, третья группа инвалидности - в одном случае (5,6%). Среди лиц, имевших ранее инвалидность, усиление тяжести инвалидности с третьей до второй группы отмечено у 27,8% и даже с третьей до первой группы (инвалидность с детства) – у 11,1% пациентов. При проведении медико-социальной экспертизы после дообследования в психиатрическом стационаре у 11,1% группа инвалидности не изменилась - была подтверждена вторая группа инвалидности.

Проведение стационарного обследования лиц с психическими расстройствами в условиях психиатрического стационара имеет важное значение для принятия обоснованного экспертного решения при проведении медико-социальной экспертизы.

АНАЛИЗ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ

Бодагова Е.А., Говорин Н.В.
ФГБОУ ВО «Читинская государственная
медицинская академия», Чита, Россия
bodagova.ea@yandex.ru

Предметом особого внимания в нашей стране является психическое здоровье детей и подростков. Особую категорию представляют социальные сироты. Считается, что эта категория детей наиболее уязвима в отношении психических нарушений. Основными психопатологическими расстройствами социальных сирот являются депрессии, суициды, тревожность, агрессивность, задержки психического развития, когнитивные нарушения и аддиктивные расстройства. Также имеются и отклонения в биоэлектрической активности у воспитанников детских домов. Показано, что они имеют атипичное функционирование нейрональных сетей – снижение мощности основного ритма и увеличение медленно-волновой активности тета- и дельта-диапазонов.

Поэтому, углубленная оценка психического здоровья и дальнейшее исследование особенностей биоэлектрической активности мозга детей, оставшихся без попечения родителей, являются по-прежнему актуальными в рамках изучения здоровья детско-подросткового населения.

Цель работы. Оценить психопатологический и нейрофизиологический профиль детей, находящихся в Центрах помощи детям, оставшимся без попечения родителей.

Материалы и методы. Было проведено обследование 15 Центров помощи детям, оставшимся без попечения родителей, всего обследовано 516 детей. В подавляющем большинстве это были дети, оставшиеся без попечения родителей (лица в возрасте до 18 лет,

которые остались без попечения единственного или обоих родителей в связи с отсутствием родителей или лишением их родительских прав). В настоящем исследовании использовались следующие методы: клинико-психопатологический, психометрический, нейрофизиологический и статистический. Психометрическая диагностика проводилась с помощью стандартизированных скрининговых методик: опросник Спилбергера-Ханина, М. Ковач, опросник Басса-Дарки, Леонгарда-Шмишека, опросник суицидального риска (модификация Т.Н. Разуваевой) и тест Равена.

Из 516 несовершеннолетних ЭЭГ-исследование было проведено 328 воспитанникам детских домов. В контрольную группу вошли 64 ребенка, которые воспитывались в своих биологических семьях. По полу и возрасту группа сравнения не отличалась от группы исследованных. Регистрация ЭЭГ осуществлялась с помощью переносного портативного электроэнцефалографа-регистратора «Энцефалан-ЭЭГ» (Россия) с использованием 21 электрода, с частотой дискретизации 200 Гц. Вычисляли показатели спектральной мощности, записанные от 19 стандартных отведений. Спектральная мощность (СМ) была рассчитана для тета, альфа, альфа-1 (низкочастотный), альфа-2 (высокочастотный) и бета ритмов. Частотно-амплитудные характеристики и топографическое распределение ритмов ЭЭГ исследованы с помощью спектрального анализа ЭЭГ.

Данное исследование было одобрено этическим комитетом и соответствующим протоколом (протокол № 87 от 30.11.2017 г., ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России). Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью стандартного статистического пакета программ «Statistica 10.0» и R-Studio версии 4.1.1. с применением хи-квадрата Пирсона (χ^2).

Результаты. Из 516 обследованных детей 39,4% (n=203) составили девочки и 60,6% (n=313) – мальчики в возрасте от 10 до 17 лет (средний возраст составил $13,6 \pm 2,2$ лет). У подавляющего большинства воспитанников имеется отягощенная наследственность по алкоголизму одного или обоих родителей – 86,6% (n=447), соответственно эти дети воспитывались в условиях безнадзорности, а их родители были лишены родительских прав в связи с асоциальным образом жизни (пьянство, ненадлежащий уход за детьми).

Анализ клинического обследования детей показал достаточно высокую распространенность психической патологии. Так, у 69,4% (n=358) детей имеются различные психические расстройства. Чаще обнаруживаются интеллектуальные нарушения (57,3%): органические легкие когнитивные расстройства (F06.7), смешанные специфические расстройства развития (ЗПР) (F83), органические непсихотические расстройства в связи со смешанными заболеваниями (F06.82); также имеются расстройства поведения и эмоций (42,7%): социализированное расстройство поведения (F91.2), депрессивное расстройство поведения (F92.0), тревожное расстройство поведения (F92.8) и гиперкинетическое расстройство (F90.1).

При анализе психопатологического профиля детей, оценивался уровень тревожности. Так, ситуационная тревожность чаще выявлялась среднего уровня – 63,9% (n=330), низкого и высокого уровня была выявлена в 19,4% (n=100) и 16,7% (n=86) случаев соответственно. Личностная тревожность в большинстве случаев у детей была среднего уровня – 57% (n=294), низкого уровня выявлена всего лишь у 14,2% (n=73), а высокого – у 28,8% (n=149), то есть практически каждый 3-й ребенок детского дома имеет высокую личностную тревожность. Сравнительно-половой анализ показал статистически значимые различия между мальчиками и девочками: так, личностная тревожность высокого уровня чаще выявлялась у девочек – 37,4% (n=76), чем у мальчиков, показатель которых составил 23,3% (n=73) (p = 0,001).

Определение уровня депрессивного состояния показало, что половина (51,6%) воспитанников обследованных Центров имеют депрессивное состояние от легкой до выраженной степени: 32% (n=165) детей имеют депрессию легкой степени, 6% (n=31) – депрессию средней степени, а выраженное депрессивное состояние выявлено у 13,6% (n=70) детей. Следует отметить, что в проявлении депрессивного состояния также имеются гендерные различия: у воспитанниц чаще проявляется депрессивное состояние – 18,7% (n=38) (p = 0,006), нежели у мальчиков – 10,2% (n=32).

При исследовании суицидального риска на первом месте выявлен такой фактор как «максимализм» (инфантильный максимализм ценностных установок, аффективная фиксация на неудачах) – 15,3% (n=79), на втором – «социальный пессимизм» (отрицательная концепция окружающего мира, восприятие мира как враждебного,

не соответствующего представлениям о нормальных или удовлетворительных для человека отношениях с окружающими) – 12,2% (n=63), и на третьем – «слом культурных барьеров» (поиск культурных ценностей и нормативов, оправдывающих суицидальное поведение или даже делающих его в какой-то мере привлекательным) – 8,7% (n=45). Антисуицидальный фактор (фактор, который снимает глобальный суицидальный риск) проявлен лишь у 26,7% (n=138) воспитанников, то есть в подавляющем большинстве случаев (73,3%) у обследованных детей антисуицидальная направленность на среднем либо даже на низком уровне.

При оценке уровня агрессии при помощи методики Басса-Дарки, обращает на себя внимание наличие агрессивности высокого уровня у 3,3% (n=17) детей, среднего – у 12,6% (n=65) и низкого уровня – у 84,1% (n=434). В тоже время враждебность (обида, подозрительность) была выявлена среднего уровня у 20,5% (n=106). Сравнительно-половой анализ показал, что мальчики чуть более агрессивнее, чем девочки ($p = 0,04$; $p = 0,01$), однако, по уровню враждебности они друг от друга не отличаются.

При определении типа и степени выраженности акцентуированных личностных черт было выявлено, что каждый 3-й воспитанник – 37% (n=191) имеет ту или иную акцентуацию характера. Чаще всего выявляется гипертимный, лабильный, аффективно-экзальтированный и возбудимый типы акцентуации характера. При этом у мальчиков немного чаще выявлялись тенденции к акцентуациям – 56,5% (n=177; $p=0,02$), а у девочек достоверно чаще – акцентуации характера – 45,8% (n=93; $p=0,001$).

При оценке уровня интеллекта с помощью методики Равена были получены следующие данные: уровень интеллекта выше среднего (IQ=100-110) выявлен у 10,8% (n=56) детей; средний (IQ=90-100) – у 19,6% (n=101), ниже среднего (IQ=80-90) – у 35,5% (n=183), пограничный (IQ=70-80) – у 24,4% (n=126) и уровень ниже пограничного (IQ=50-70) выявлен у 9,7% (n=50) детей.

При проведении спектрального анализа было выявлено, что у социальных сирот альфа-ритм имеет доминирующий фокус в теменно-центральных и передних отделах мозга со снижением своей активности в височных зонах. Выявлено также превалирование альфа-ритма в правом полушарии. Среднее значение СМ по всем корковым зонам составило 36,7 мкВ, что меньше среднего

показателя СМ альфа-ритма в группе контроля – 43,3 мкВ. При сравнительном анализе с детьми, проживающими в семьях, было выявлено статистически значимое снижение СМ альфа-ритма у детей-сирот в теменно-центральных (72.4 ± 66.9 и 105 ± 78.6 ; $p = 0,0009$) и задних височных отделах преимущественно правого полушария мозга (19.1 ± 1.2 и 30.6 ± 22.7 ; $p = 0,0001$). Значимых отличий в спектральной мощности низкочастотного альфа1-ритма у детей-сирот относительно группы контроля выявлено не было. Однако, что касается высокочастотного альфа2-ритма, то прослеживается статистически значимое отличие СМ. Так, у детей детских домов амплитуда альфа2-ритма достоверно ниже СМ относительно контрольной группы по всем корковым зонам, особенно в центральных (10.1 ± 6.84 и 13.7 ± 8.12 ; $p = 0,0006$) и височных областях (5.93 ± 6.03 и 9.81 ± 7.32 ; $p = 0,0001$). В основной структуре ЭЭГ детей-сирот тета-ритм по среднему процентному содержанию среди других ритмов составил 33,9% и этот показатель статистически больше, нежели в контрольной группе – 30,9% ($p = 0,03$). Среднее значение СМ ритма по всем корковым зонам составило 30,0 мкВ. Тета-ритм наиболее выражен в лобных и центральных областях. Следует отметить, что имеются достоверные отличия в процентном содержании тета-ритма. Так, по своему процентному содержанию тета-активность у детей детских домов статистически более выражена в центральных корковых зонах – С3 (где 1 – контроль, 2 – основная группа): 33,2% (1) и 36,6% (2) ($p = 0,03$); С4: 31,5% (1) и 36% (2) ($p = 0,008$); Рz: 23,7% (1) и 29% (2) ($p = 0,001$); в теменных областях – Р3: 24,3% (1) и 28,8% (2) ($p = 0,008$); Р4: 21,7% (1) и 25,9% (2) ($p = 0,008$) и в затылочных корковых зонах – О1: 17,1% (1) и 19,3% (2) ($p = 0,04$); О2: 17% (1) и 19,9% (2) ($p = 0,01$). Сравнительный статистический анализ показал также достоверные отличия в бета-активности между группами. Так, прослеживается статистически значимое ослабление СМ бета-ритма в теменно-центральных (23 ± 12.8 и 28.3 ± 13.9 ; $p = 0,004$) и височных (9.37 ± 7.5 и 13.2 ± 7.67 ; $p = 0,0004$) корковых зонах у детей-сирот относительно группы контроля.

Выводы. Таким образом, проведенный комплексный клинико-психопатологический и нейрофизиологический анализ выявил различные нарушения психического здоровья у воспитанников обследованных Центров помощи детям, оставшимся без попечения родителей. Были выявлены высокие показатели психической

патологии (69,4 %) преимущественно за счет органических легких когнитивных расстройств, расстройств поведения и расстройств психологического развития. Каждый 3-й ребенок детского дома имеет высокую личностную тревожность, каждый 2-й – депрессивное состояние от легкой до выраженной степени. При этом имеются различные факторы суицидального риска с низким антисуицидальным фактором. При проведении ЭЭГ-исследования и спектрального анализа выявлены значимые отличия ритмов ЭЭГ у детей-сирот по сравнению с детьми из семей. Для детей, оставшихся без попечения родителей, характерно снижение мощности основного альфа-ритма преимущественно в ростральных корковых зонах, увеличение удельного веса тета-активности по центральным зонам, а также ослабление мощности бета-ритма в теменно-центральных и височных областях. Такие ЭЭГ-признаки могут являться показателем недостаточного созревания мозговых структур и дисфункции нейромедиаторных систем у детей-сирот. В связи с полученными данными немаловажное значение имеет и раннее выявление, и коррекция психопатологических признаков и лечение уже имеющихся психических расстройств у детей, оставшихся без попечения родителей.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ОБУЧЕНИЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ЛЕГКОЙ СТЕПЕНЬЮ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

Валова Н. В.,

Казенное общеобразовательное учреждение Воронежской области «Борисоглебская школа-интернат для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья», г. Борисоглебск, Россия,
e-mail: valova_nadezhda@list.ru

Вопросы обучения детей с особыми образовательными потребностями являются актуальными в педагогике на сегодняшний день. Умственная отсталость – это стойкое недоразвитие уровня психической, в первую очередь интеллектуальной деятельности, связанное с

врожденной или приобретенной до трехлетнего возраста органической патологией головного мозга.

Умственная отсталость может быть нескольких степеней: лёгкая (IQ – 69-50), умеренная (IQ – 50-35), тяжёлая (IQ – 34-20), глубокая (IQ < 20).

Обучение детей с разной степенью умственной отсталости имеет свои особенности. По определению обучение – это двухсторонний процесс, в который включаются в одинаковой мере ученик и учитель, а учение – это процесс, где большая степень самостоятельности приходится на долю ученика. В связи с этим, необходимо отметить, что возможности самостоятельной деятельности детей с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) снижены.

Обучаемость как способность ребенка к усвоению знаний у детей с умственной отсталостью низкая. Отмечается низкая степень организации детей на занятии, темп усвоения учебного материала замедленный. Ребёнок не всегда использует помощь взрослого, испытывает трудности при переносе полученных знаний в новую ситуацию. Познавательный интерес к предъявляемым заданиям неустойчив, сужен объём устойчивой работоспособности.

При обучении детей с умственной отсталостью хорошо эффективны викарные виды научения, основанные на непосредственном подражании.

Дети с легкой степенью умственной отсталости отличаются в развитии психических познавательных процессов, имеют отклонение от нормы. Дадим характеристику этих отклонений у младших школьников. Лёгкая степень умственной отсталости характеризуется незначительными отклонениями от нормы. Такие дети отстают от своих ровесников в развитии примерно на два с половиной года. Интересы таких детей узкие, неустойчивые. Самоконтроль осуществляется на низком уровне. В учебной ситуации детям трудно сдерживать непосредственные побуждения, даже под влиянием ограничительных мотивов: запрет взрослого, наказание. Иногда это связано с их общей расторможенностью, дефицитом внимания. Общение обычно затруднено в связи с тем, что речь еще недостаточно сформирована, однако дети обычно стремятся к общению со сверстниками. В общении дети часто прибегают к средствам невербальной коммуникации.

В общении с взрослыми и сверстниками дети не всегда контролируют свои эмоции, обычно понимают и правильно оценивают такие социальные эмоции как сочувствие, сопереживание, проявляет их в жизни. К сверстникам могут проявлять симпатию и добродушие, но эти контакты неустойчивы. О нравственных качествах младшие школьники обычно имеют представление, понимают, что нельзя баловаться, драться, нужно делиться с другими игрушками и т.д., но необходимость их выполнения не достаточно осознают. Дети адекватно реагирует на нарушение нравственных норм другими детьми, однако нравственные нормы не всегда выполняют функцию регуляторов их поведения. Нормы, хотя и осознаются, но нередко нарушаются, можно сказать, что, нравственное поведение достаточно ситуативно, и зависит от личности того, с кем ребенок общается.

Наблюдение показывает, что дети с лёгкой степенью умственной обнаруживают тенденцию к выбору несложных заданий, независимо от того, достигает они успеха в выполнении этих заданий или нет. Младшие школьники, имеющие лёгкую умственную отсталость, долго не могут удерживать внимание на выполнении задания. Навыки формируются медленно. Эмоции не всегда уравновешены. Неудачу в практической деятельности не замечают, самостоятельно искать выход не стараются, в результате собственной деятельности заинтересованы не всегда.

Познавательные интересы у таких детей не сформированы. Часто прослеживаются в учебной деятельности такой мотив как мотив избегания неприятностей. Цель учебной задачи такие дети принимают, но до конца занятия не могут ее сохранить во всем объеме, поэтому в процессе работы допускают ошибки, желание улучшить качество своей работы обычно не проявляют. Учебные действия и операции не сформированы. У детей очень слабо сформирована мелкая моторика: самостоятельно не могут удержать ручку, написать буквы. При этом требуется помощь взрослого. Буквы обычно такие дети узнают в тексте и показывает названную букву, путают схожие по написанию буквы: «ш» и «щ» «и» и «н». Работать в группе такие дети в большинстве случаев не умеют, у них отсутствует умение согласованным действиям, с учетом позиции другого человека на уроке, физкультминутке. Проявляются индиви-

дуалистические, антикооперативные тенденции, склонность работать, не обращая внимания на партнера. Навыки и умения не соответствуют возрасту.

Восприятие у детей с лёгкой степенью умственной отсталости поверхностное, то есть восприятие предметов в целом, они не применяют анализа воспринимаемого материала, его сравнения. В семи цветах спектра цвета ориентируется плохо, но обычно могут найти их по образцу по просьбе взрослого.

Мыслительная деятельность отличается недоразвитием, что препятствует освоению предметных учебных знаний. Представления и понятия бессистемны. Смысловые связи отсутствуют, детям трудно их установить, мышление конкретное, обобщения затруднены. Ребенок может устанавливать различия между отдельными предметами только в пределах конкретного; не может отвлечься от конкретной ситуации. Понятийные обобщения образуются с большим трудом.

Преобладает произвольное внимание. Зрительный контакт кратковременный. Неустойчивость активного внимания, повышенная утомляемость и истощаемость, короткий период концентрации внимания. Устойчивость и концентрация внимания зависит от заинтересованности деятельностью. Процесс запоминания является механическим. Самоконтроль в процессе запоминания развит слабо.

Для предотвращения переутомления, нервных срывов у детей с лёгкой степенью умственной отсталости учителю можно применять здоровьесберегающие, игровые, разноуровневые технологии, системно-деятельностный подход в обучении. К нетрадиционным методам в коррекционной работе с детьми с умственной отсталостью относятся методы: цветотерапия, музыкотерапия, куклотерапия, сказкотерапия, песочная терапия. При обучении детей с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) должны учитываться особые образовательные потребности. Образовательные задачи должны быть доступны для таких детей, должна систематически осуществляться актуализация знаний и умений.

Несмотря на то, что развитие ребенка с интеллектуальными нарушениями происходит на дефектной основе и характеризуется замедленностью, отклоняясь от нормального развития, оно пред-

ставляет собой поступательный процесс. Планомерная и систематическая работа, направленная на коррекцию отклонений в развитии таких детей, способствует качественным изменениям в их познавательных психических процессах, в развитии их личности, что дает основания для дальнейшего оптимистического прогноза.

Список литературы:

1. Петрова В. Г. Психология умственно отсталых школьников /В.Г. Петрова. – М.: Академия, 2004. – 160 с.

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Е.В.Васильева, О.Е.Коростелева

ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая
больница имени святого великомученика и целителя
Пантелеимона», Курск, Россия
koros.olesa@yandex.ru

В настоящее время большое значение в развитии здравоохранения уделяется сбережению психического здоровья подрастающего поколения, что обусловлено медицинскими, кадровыми и социально-экономическими аспектами. Психические расстройства, начавшиеся в раннем возрасте, негативно отражаются на формирующейся психике и личности, что осложняет процессы социализации. На современном этапе развития психиатрии, когда благодаря эффективному и своевременному проведению диагностических обследований, психофармакотерапии и доступности реабилитационных мероприятий удается в большинстве случаев значительно уменьшить выраженность дефекта заболевания, скорректировать поведенческие нарушения, устранить продуктивные расстройства, но остаются проблемы связанные с социальным функционированием и адаптацией (Андреева О.О. и др, 2013). Ранняя инвалидизация по психическому заболеванию - устойчивый феномен, во взрослом возрасте большинство детей-инвалидов переходят в разряд инвалидов II группы (Шмакова О.П., Андреева О.О., 2013).

Социально-психологическая адаптация предполагает приспособленность личности к гармоничной жизнедеятельности в обществе, которая объединяет необходимость соответствовать требованиям социума и собственными потребностями, мотивами, интересами. **Актуальность исследования** социальной адаптации в психиатрии, как одной из наиболее социально ориентированных направлений в медицине, приобретает особое значение с акцентом на возможностях приспособить пациентов в социуме, а также эффективной оценки социальных навыков и адаптации с целью определения социального функционирования в обществе и направления на медико-социальную экспертную комиссию.

Целью нашего исследования является изучить и оценить уровень сформированности социальных навыков и умений для эффективной социальной адаптации подростков, с детства страдающими психическими заболеваниями для дальнейшего направления на медико-социальную экспертизу, а также улучшения и оптимизации медико-психологической помощи.

В подростковом кабинете врача-психиатра отдела детской психиатрии диспансерного отделения ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика и целителя Пантелеимона» (ОБУЗ ККПБ) под наблюдением состоят подростки, страдающие с детства психическими расстройствами. Одной из задач врача-психиатра является направление подростков и детей на медико-социальную экспертизу и оценки их адаптации и социального функционирования. Подростковый врач-психиатр направляет своих пациентов в год совершеннолетия на МСЭ с целью уточнения нарушения психических функций для определения степени ограничения жизнедеятельности (I, II или III группа инвалидности). Важным критерием является оценка социального функционирования и адаптации подростков в социуме.

Психологическое пространство имеет большое и разнообразное количество диагностических методик для оценки социально-психологической адаптации, но большинство методик для оценки социально-психологического функционирования и уровня адаптации личности имеют сложно-сформулированные вопросы, и подростки имеющие интеллектуальный дефект или снижения когнитивных функций, быстро истощаемы и инертны, что затрудняет объективно оценить вопросы и ставит под сомнение полученные результаты.

«Карта регистрации социальных навыков и умений подростков, страдающих хроническими психическими расстройствами», для выявления социального функционирования и адаптации подростков, страдающие с детства психическими заболеваниями — опросник для выявления и оценки степени выраженности нарушений формирования жизненно необходимых повседневных навыков и умений у подростков и лиц юношеского возраста (14-19 лет) с детства страдающих хроническими психическими заболеваниями. Структурированный опросник, состоящий из 149 утверждений, которые специалист должен подтвердить или опровергнуть в разговоре с пациентом. Предполагается присутствие третьего лица, непосредственно опекающего пациента, поскольку ответы на ряд утверждений могут вызвать затруднения у больного, и требуют участия близкого ему взрослого.

Подростковый врач-психиатр совместно с медицинскими психологом в течение года обследовали юношей (парней и девушек), которым был установлен психиатрический диагноз в детском возрасте и имеющие инвалидность и претендующие на дальнейшее МСЭ, с целью уточнения степени инвалидизации.

В течении года нами было обследовано 131 подросток с психическими нарушениями, которые направлялись на МСЭ, из них 12 пациентов из кластера по МКБ-10 «Шизофрения, шизотипические состояния и бредовые расстройства» F20-29, средний уровень сформированности социальных навыков в среднем составлял 0,7, что свидетельствует о среднем уровне социальной адаптации; 15 пациентов с диагнозом F84 Общее расстройство психологического развития (детский аутизм, атипичный аутизм), в среднем уровень сформированности соответствовал 0,3 — низкий уровень. Из кластера умственная отсталость получены следующие результаты: F70 умственная отсталость легкая обследовано 42 подростка, средний уровень сформированности социальных навыков — 0,6, что соответствует среднему уровню; F71 умственная отсталость умеренная — 25 пациентов с адаптации 0,3, что соответствует низкому уровню; F72 умственная отсталость тяжелая — 15 подростков и с F73 умственная отсталость глубокая с уровнем социальных навыков — 0, что свидетельствует об отсутствие социальных навыков и умений, что обусловлено физиологическими и интеллектуальными особенностями заболевания.

В ходе исследования в рамках одного психиатрического диагноза наблюдались разные показатели в зависимости от начала возникновения болезненного состояния и типа течения. Некоторые подростки на фоне психофармакотерапии, прохождения психосоциальной реабилитации (активно занимались с психологами, социальными работниками), родители адекватно реагировали и принимали особенности заболевания ребенка, выполняли все рекомендации врачей, включались в программу психообразования, что благоприятно сказывалось на адаптацию подростка в социуме. Так же мы наблюдали зависимость формирования социальных навыков и умений от типа воспитания и принятия психического нарушения ребенка от родителей. При гиперпротекции родители оберегали ребенка и не формировали необходимые социальные навыки или вторая крайность, когда родители долго игнорировали особенности нарушения и не предпринимали необходимые меры и был упущен сенситивный и самый благоприятный возрастной период для формирования соответствующих социальных навыков, которые в будущем помогли бы более эффективной социальной адаптации.

При анализе полученных данных, мы можем сделать вывод, что на формирование социальных навыков и умений подростков, страдающие психическими расстройствами с детства, влияет не только физиологическая, нейрокогнитивная и интеллектуальная особенность течения заболевания, но во многом еще зависит от семейного типа воспитания, психообразования родителей, а также недостаток социального образования у детей и подростков. Необходимо больше уделять времени детским психиатрическим учреждениям на психообразование родителей или опекунов, активно включать в работу специалистов по социальной работе, в образовательных учреждениях уделять больше время на формирование необходимых социальных навыков и умений для эффективной социализации подростков.

СЕКСУАЛЬНАЯ СФЕРА ПАЦИЕНТОВ КАК ФАКТОР СОХРАНЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ

С.В. Выходцев¹,
И.А. Трегубенко²

¹Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
"Северо-Западный государственный
медицинский университет имени И.И. Мечникова"
Министерства здравоохранения Российской
Федерации, Санкт-Петербург, Россия.

²Федеральное государственное
бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова" Министерства
здравоохранения Российской Федерации,
Санкт-Петербург, Россия.
zerge@mail.ru

Актуальность. Относительно недавно медицинским сообществом сексуальное здоровье стало признаваться одним из значимых критериев качества жизни (ВОЗ, 2010). Биопсихосоциальный подход обозначает важность психологических, партнерских и личностных факторов в формировании и поддержании сексуальности (Кащенко Е.А. и др., 2015; Berry M.D. et al., 2013; Reed G.M. et al., 2016). Качество жизни больного человека, в том числе страдающего душевным расстройством, также должно рассматриваться с позиции полноценного функционирования (Алексеев Б.Е., 2008; Александровский Ю.А. и др., 2014; Незнанов Н.Г. и др., 2022). Сексуальная сфера пациента в этом контексте приобретает особую значимость, так как немалая часть психически больных самостоятельно прекращает прием психотропных препаратов в связи с их негативным влиянием на сексуальное функционирование (Аведисова А.С. и др., 2009; Ягубов М.И. и др., 2010; Выходцев С.В. и др., 2016; de Boer M.K., 2014).

Целью исследования явилась оценка влияния психофармакотерапии на сексуальную сферу психически больных, а также

определение возможных путей решения проблемы нон-комплаенса в процессе психофармакотерапии (ПФТ).

Материалы и методы. Всего было обследовано 196 пациентов-мужчин, перенесших психотическое состояние и переведенных в отделение лечебно-восстановительной терапии для проведения поддерживающего лечения. Все пациенты были предупреждены о характере исследования и дали согласие на участие в нем. Пациентам предлагалось анкетирование, после чего с ними проводилась целенаправленная беседа, уточняющая и разъясняющая характер индивидуальных ответов на поставленные вопросы.

В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 в психиатрии (Милевский М.М., 2009) все пациенты были разделены на четыре группы. Первую группу составили 77 человек с расстройствами шизофренического спектра, вторую - 70 человек с психическими нарушениями на фоне органических заболеваний головного мозга. В третью группу вошли 28 человек с психическими расстройствами и расстройствами поведения при употреблении психоактивных веществ (ПАВ), в составе четвертой группы был 21 человек с аффективными расстройствами. Средний возраст обследуемых составил 35 лет.

Все пациенты с их согласия и по показаниям получали ПФТ, которая включала антипсихотики, анксиолитики, антидепрессанты, антиконвульсанты, нормотимики, а в ряде случаев носила комбинированный характер. При необходимости пациентам назначались корректоры побочных эффектов антипсихотиков (тригексифенидил, амантадин, каберголин).

Результаты. Как показали исследования, жалобы на сексуальные нарушения в целом и на гиполибидемию в частности чаще наблюдались у пациентов с аффективными расстройствами (55,56% и 66,67% соответственно) и расстройствами шизофренического спектра (52,86% и 49,28% соответственно). Несколько реже эти проблемы отмечали больные с психическими нарушениями при употреблении ПАВ (33,33% и 44,44% соответственно). Проблемы с эректильной функцией (достижение и поддержание эрекции) наиболее часто отмечали пациенты, страдающие расстройствами шизофренического спектра, однако с такой же проблемой значимо

часто (свыше трети мужчин) сталкивались пациенты с аффективными нарушениями и расстройствами психики на фоне органических заболеваний головного мозга. Для больных с расстройствами психики при употреблении ПАВ нарушения эрекции были не столь характерны, однако такие пациенты чаще отмечали сложности поддержания эрекции в процессе сексуальной активности (партнерский секс, мастурбация).

Исследования нарушений оргазмической функции показали, что большинство пациентов с аффективными нарушениями испытывают трудности с достижением оргазма при сексуальной активности (62,5%). Многие из них указывали, что на фоне ПФТ оргазм ощущается тусклым, измененным, либо вообще не достигается. Среди больных с расстройствами шизофренического спектра аналогичные проблемы на фоне ПФТ отмечали 44,93% мужчин. Какие-либо сложности с эякуляцией (замедление, исчезновение, ускорение) были наиболее характерны для пациентов с заболеваниями шизофренического спектра (55,07%).

Мы посчитали важным оценить мнение самих пациентов в отношении готовности продолжать ПФТ с учетом ее негативного влияния на сексуальную сферу. Ответы пациентов свидетельствовали, что немногие из них были готовы продолжать лечение, игнорируя сексуальные расстройства. В связи с этим врачу необходимо обращать внимание на сексуальные нарушения, которые могут быть вызваны ПФТ. Актуальность темы подтверждается еще несколькими вопросами нашего интервью: «Считаете ли Вы для себя важным быть информированным врачом о возможных побочных эффектах лечения на сексуальную сферу?», а также «Считаете ли Вы для себя важным в беседе с врачом обсуждать риск возможных сексуальных нарушений на фоне лечения?». Ответы больных показали, что для подавляющего большинства мужчин (свыше 70%) важно быть информированным и обсуждать с врачом возможные сексуальные нарушения в связи с проводимой ПФТ.

Для оценки риска нон-комплаенса при проведении ПФТ мы также опросили наших пациентов о возможности такого поведения. Результаты показали, что наибольший риск нон-комплаенса наблюдается у больных с психическими расстройствами при употреблении ПАВ. Несмотря на то, что у этих пациентов сексуальные дисфункции выражены несколько меньше, чем в остальных группах, сексуальная

сфера для них остается важной и ее ухудшение напрямую негативно скажется на комплаенсе.

При оценке возможных факторов риска нон-комплаенса на фоне ПФТ мы обнаружили взаимосвязь такого поведения с проблемой достижения эрекции ($r_{pb} = 0,31$; $p \leq 0,01$). Высокая корреляция подтверждает тот факт, что мужчины тяжело переживают негативное влияние ПФТ на эректильную функцию. Способность достигать эрекции во время полового акта - неотъемлемый атрибут мужественности (Васильченко Г.С. и др., 2005; Кон И.С., 2009), в связи с чем пациенты в процессе ПФТ, помимо переживаний относительно своего душевного расстройства, перестают себя ощущать «полноценными мужчинами».

В ходе проведения исследования мы выделили группу пациентов с эректильной дисфункцией, которые оценивали риск нон-комплаенса как высокий, а также группу пациентов с такой же проблемой, но с низким риском нон-комплаенса. При сравнении этих двух групп (применяли критерий Фишера и поправку Бонферрони) оказалось, что для пациентов с высоким риском нон-комплаенса сексуальное функционирование имеет выраженную значимость. Кроме того, у них наблюдались дополнительные трудности не только с достижением, но и с поддержанием эрекции, а также расстройства эякуляции. Также, сексуальные дисфункции на фоне ПФТ оценивались пациентами как более важные, по сравнению с другими побочными эффектами. Из чего можно заключить, что если назначенный препарат будет приводить к трудностям в достижении эрекции, а сексуальное функционирование при этом особенно значимо для пациента, то риск нон-комплаенса становится очень высоким. Переживание собственной мужской неполноценности вкупе с психическим расстройством становится для пациента крайне тяжелым.

Необходимо отметить, что среди обследуемых были пациенты, которые не отмечали у себя каких-либо сексуальных нарушений на фоне ПФТ. Эти пациенты оказались несколько моложе (средний возраст - 31,2), но, несмотря на то, что разница в возрасте с основной группой не была статистически значимой, все же, возраст является дополнительным фактором, повышающим риск сексуальных нарушений (Кибрик Н.Д. и др., 2008). Оказалось, что мужчины без сексуальных нарушений в процессе ПФТ в целом характеризовали свой

интерес к сексуальной сфере как низкий и не считали сексуальное функционирование особенно важным для себя. Соответственно, для этих пациентов важность быть информированным о возможных сексуальных нарушениях на фоне ПФТ не имела особого значения. Кроме того мы выявили, что данный контингент мужчин практиковал в целом гораздо меньшее количество форм сексуальной активности по сравнению с основной группой (1,6 против 2,5; $t=2,4$; $p \leq 0,05$).

Выводы. Проведенные исследования показали, что для психически больных в процессе ПФТ расстройства сексуальной сферы – часто возникающая проблема, связанная как с наличием самого заболевания, так и с характером проводимого лечения. У пациентов с расстройствами шизофренического спектра на фоне ПФТ чаще возникает эректильная дисфункция и расстройства эякуляции. Для пациентов с аффективными расстройствами на фоне ПФТ характерна, прежде всего, гиполибидемия, а также сложности с оргазмической функцией. Пациенты с психическими нарушениями при употреблении ПАВ на фоне ПФТ предъявляют меньше жалоб на изменения в сексуальной сфере, однако для них она остается важной и при любых ее расстройствах риск нон-комплаенса становится очень высоким.

По нашим данным ведущая роль среди причин нон-комплаенса в процессе ПФТ принадлежит личностной значимости сексуальной сферы для пациента, а также возможности сохранения его эректильной функции как атрибута мужественности для ощущения себя «полноценным мужчиной» даже на фоне психического расстройства и проводимой ПФТ.

Оценивая риск нон-комплаенса во всех исследуемых группах, важно отметить, что, несмотря на *prognosis bona* в ответах больных при анкетировании и в процессе собеседования (речь идет о готовности продолжать лечение), реальный риск нон-комплаенса может оказаться гораздо более высоким – *prognosis pessima*. Степень откровенности ответов больных также может служить фактором риска. Половина пациентов, а возможно и более, будет готова самостоятельно прервать лечение, отказавшись от приема лекарств. И ведущим фактором риска здесь будет не столько характер нозологии, сколько личностная значимость для пациента

сексуальной сферы и возможность сохранения его эректильной функции на фоне ПФТ.

Все это подтверждает, что проведение ПФТ психически больным должно предполагать знание врачом проблемы лекарственных сексуальных дисфункций, готовность и умение специалиста информировать пациента и обсуждать с ним возможные риски сексуальных расстройств на фоне лечения. Врачу необходимо обращать внимание на изменения сексуального функционирования пациента в процессе ПФТ, а при выявлении таких изменений – грамотно подходить к лечению проблемы и, при необходимости, обращаться за помощью к сексологу. Такие действия позволят сохранить качество жизни пациента и его приверженность терапии – *prognosis optima*, что в целом повысит эффективность проводимого лечения и будет особенно важным на его амбулаторном этапе.

АКТУАЛЬНОСТЬ РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Ганиханов А.А., Хамидуллаев Х.Ш.,
Ташкентский педиатрический
медицинский институт
Республиканская клиническая
психиатрическая больница МЗ РУз,

В последние годы в области реабилитации пациентов с шизофренией достигнуты значимые успехи: параллельно с развитием биологической терапии в систему оказания психиатрической помощи (ПП) активно начинает внедряться психосоциальная реабилитация (ПСР) и интегративный полипрофессиональный бригадный принцип оказания ПП; разрабатываются новые формы оказания ПП - отделения первого психотического эпизода, внебольничной реабилитации, интенсивного лечения в сообществе, жилье с поддержкой и т.д. Акцент оказания ПП все в большей степени смещается в сторону партнерства с пациентом; к реабилитационным мероприятиям привлекаются родственники пациентов. Разрабатываются адресные биопсихосоциальные подходы к реабилитации различных групп больных с шизофренией, в

первую очередь т.н. «проблемных» больных: с частыми и длительными госпитализациями, первым эпизодом шизофрении, длительно прибывающих в стационаре, с неустойчивой трудовой адаптацией, находящихся под активным диспансерным наблюдением и на принудительном лечении, с агрессивными формами общественно опасного поведения и т.д.

Для оценки эффективности проводимых реабилитационных мероприятий широко используются показатели социальной адаптации (СА) и качества жизни (КЖ) пациентов с шизофренией. Обоснование биопсихосоциальной природы шизофрении дало толчок к изучению не только клинических, но и психологических характеристик пациентов (личностные изменения, межличностное взаимодействие, уровень притязаний (УП) и самооценка (УС), особенности приспособительного поведения, комплайенс, защитно-совладающее поведение).

Таким образом, для большинства пациентов с диагнозом шизофрении, снижение трудовой и социальной адаптации является актуальной проблемой, которая, в первую очередь, связана с возникновением трудностей в решении личностных и межличностных проблем, т.е. проблем, связанных с функционированием в обществе. Особенности восприятия болезни определяют не только способы когнитивной переработки чувственного и эмоционального опыта, но и поведенческое реагирование на проявления болезни и совладание с ней. Вышесказанное определило в качестве целевых переменных для анализа: компоненты психологического благополучия, когнитивные представления о болезни, способы совладающего поведения, отношение членов семьи к болезни, восприятие социальной поддержки, степень переживаемого психологического дистресса, а также уровень агрессии.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

Гопурова Г.Ф., Абдулкасимов Ф.Б.,
Курбаниязова Ш.Э.

Ташкентский государственный
медицинский институт, Ташкент, Узбекистан
Gulchekhra.gapurova.tdsi@mail.ru

Актуальность: Несмотря на высокую распространенность психоэмоциональных изменений у беременных женщин, в большем количестве случаев они не диагностируются (Abraham S. et al., 2001; Andersson L. et al., 2003; Carter F.A. et al., 2005).

Целью исследования явилось выявление и определение качественного своеобразия психоэмоциональных расстройств у женщин в период беременности, изучение факторов, влияющих на их формирование, с целью разработки наиболее ранних способов психопрофилактики и коррекции психоэмоциональных изменений беременной женщины.

Материалы и методы исследования. В ходе работы по выявлению стрессогенных факторов у беременных было обследовано 48 первородящих и 22 повторнородящих женщин, состоящих на консультативном учете. Им был предложен опросник, составленный на основании структурированного интервью с беременными женщинами, в котором женщины отвечали на вопросы о сроке беременности, желанности беременности, отношениях в семье, своем самочувствии, эмоциональном состоянии, испытываемых опасениях, планах, связанных с ребенком и будущей жизнью, представлении о родах и послеродовом периоде. Для определения уровня тревожности у первородящих женщин была использована методика измерения личностной и ситуативной тревожности Ч.Д. Спилберга - Ю.Л.Ханина, с целью определения уровня тревожности (низкий, умеренный, высокий).

Результаты и обсуждение. По результатам исследования уровня тревожности у беременных женщин можно увидеть, что среди беременных женщин, принявших участие в исследовании, женщины с таким уровнем тревожности как высокий встречаются одинаково часто как среди первородящих, так и повторнородящих женщин. Пациентки

жаловались на сниженное настроение, к которому присоединялись или с которым сочетались тревожные переживания и страхи предстоящих трудностей, опасностей и изменений жизни. Тревожные переживания, в основном, были представлены состоянием тревожной гипотимии, то есть сниженным настроением, связанным с ожиданием опасности (в протекании родов, предстоящем материнстве и пр.). Страхи беременных женщин носили доминирующий характер. Они были связаны с реальной ситуацией, преобладали в сознании, вытесняя все другие мысли, и мешали сосредоточиться на текущей деятельности. Из приведенных данных видно, что у первородящих беременных женщин в первом триместре беременности наиболее часто отмечался умеренный **уровень личностной тревожности** (53,5%). В 17,8% случаев отмечался высокий уровень личностной тревожности и в 28,6% случаев низкий уровень личностной тревожности. Во втором триместре беременности умеренный уровень личностной тревожности отмечался в 64,2% случаев, так же было отмечено увеличение числа случаев с высокой тревожностью 21,4%, низкий уровень личностной тревожности встречался в 14,2% случаев. В третьем триместре беременности низкий уровень личностной тревожности не регистрировался, отмечалось значительное увеличение количества женщин с высоким уровнем тревожности (42,8%), умеренный уровень личностной тревожности выявлен в 57,1% случаев. На фоне тревоги некоторые пациентки переживали ипохондрические реакции. **Уровень ситуативной тревожности** у первородящих беременных женщин на протяжении первого и второго семестра беременности не изменяется, так высокий уровень тревожности был выявлен в 7,1% случаев, умеренный уровень ситуативной тревожности в 57,1% случаев, низкий уровень ситуативной тревожности отмечался у 35,7% обследованных. К третьему триместру значительно повышается количество обследованных с умеренным уровнем ситуативной тревожности – 71,4% и с высоким уровнем тревожности – 14,2%, в то время как низкий уровень ситуативной тревожности встречался только у 14,2% обследованных. Это связано с приближением родов и рождением ребенка. У первородящих женщин личностная тревожность, как правило, носила иррациональный характер. Тревога не имела под собой реальных событий или обстоятельств. Сами женщины это состояние описывали как чувство внутреннего напряжения, которое либо присутствовало

постоянно, либо как бы «накатывало» неожиданно и длилось различные промежутки времени. Пациентки отмечали появление у них язвительной придирчивости, мелочной критичности, что провоцировало конфликты с окружающими людьми, что еще больше снижало настроение. Пациентки, желая отвлечься, «сбежать» от своих переживаний, а также от конфликтов, специально выбирали магазин в дальних районах от дома, планировали затяжной маршрут прогулки. Анализ данных показал, что у повторнородящих женщин в первом триместре превалирует умеренный уровень личностной тревожности – 66,6%, низкий уровень тревоги был выявлен у 8,3% обследованных, высокий уровень личностной тревожности в 16,6% случаев (таблица 3.2.3).

Уровень личностной тревожности у повторнородящих беременных во втором триместре беременности преобладает высокий уровень тревожности – 50%, умеренный уровень тревожности выявлялся в 8,3% случаев, низкий уровень тревоги был выявлен у 41,6% обследованных. В третьем триместре по сравнению с первым триместром значительно снижается количество женщин со средним уровнем тревожности до 16,7%, однако высокий уровень тревожности выявляется в 41,6% случаев.

Уровень ситуативной тревожности в I триместре у повторнородящих женщин преобладает низкий уровень - 41,6%, умеренный уровень личностной тревожности выявлен в 33% случаев, в 25% случаев - высокий уровень. Во II триместре у повторнородящих женщин преобладает высокий уровень личностной тревожности - 50% обследованных. Низкий уровень личностной тревожности отмечен в 41,6% случаев, умеренный уровень тревожности – в 8,3% случаев. В III триместре низкий уровень тревожности составляет 58,3%, высокий уровень тревожности уменьшается до 33,3%, умеренный уровень ситуативной тревожности встречался в 8,3% случаев. У повторнородящих женщин тревога носила рациональный характер и была обусловлена реальными источниками: отягощенным анамнезом, неблагополучно закончившимися предыдущими беременностями, наличием отклонений в течение данной беременности, тяжелым или ухудшенным соматическим состоянием самой женщины. Для большинства женщин тревожно-депрессивные переживания связаны с отношением к себе беременной (65%). Это может отражать неготовность этих женщин к изменениям в семейной и социальной сферах жизни, к принятию роли матери. Выраженная тревога, неуверенность в себе и недовольство беременностью и материнством

по данным исследований во всех случаях сочетаются с отклонением от адекватного стиля переживания беременности, с неблагоприятной семейной ситуацией, с отрицательным отношением к изменениям в собственном организме и недовольством отношением окружающих, с отклонением от адекватного восприятия ценности ребенка и неблагоприятной тенденцией интерференции ценностей, с отклонением от адекватного типа материнского отношения. Отношение к изменениям в своем состоянии и претензии к другим людям, в том числе к отцу ребенка, близким родственникам, медицинскому персоналу, отражают неудовлетворенность ситуацией материнства (и беременностью) и могут служить одним из диагностических показателей. В процессе исследования выявлены типы переживания беременности, наиболее подверженные динамике в течение беременности и ведущие к самым разнообразным отклонениям в стиле материнского отношения (группа с тревожным и амбивалентным типами переживания беременности). Анализируя влияние стрессогенных факторов на развитие тревожности у беременных женщин было выявлено, что в первом триместре беременности как один из наиболее значимых стрессогенных факторов беременные женщины выделили изменение собственного самочувствия, утомляемость, усталость. Во втором триместре беременности среди стрессогенных факторов связанных с повышением тревожности можно выделить госпитализация в больницу, конфликты на работе, страх перед родами. Изменение собственного самочувствия не влияло на развитие личностной тревожности, это связано с тем, что женщина привыкает к своему положению. В третьем триместре беременности происходят существенные изменения. Все стрессогенные факторы положительно связаны с уровнем тревожности. Именно в третьем триместре женщины выделили наиболее значимым для себя стрессогенным фактором тревогу за будущего малыша. А все остальные факторы тем или иным образом могут сказаться на здоровье будущего ребенка, поэтому и вызывают повышенный уровень тревожности. Для повторнородящих женщин среди стрессогенных факторов, влияющих на развитие тревоги, были отмечены – болезни старших детей, болезни родителей или мужа. У женщин перенесших медицинский или самопроизвольный аборт такие стрессогенные факторы, как тревога за малыша и госпитализация в больницу занимали ведущее положение на протяжении всей беременности. Общее эмоциональное состояние беременной женщины очень нестабильное,

она постоянно думает о предстоящих родах, о своем здоровье и о здоровье будущего малыша, поэтому «плохой сон при беременности», «конфликты с начальством», «госпитализация в больницу», «повышенная усталость, утомляемость», «страх перед родами» – все влечет за собой повышение уровня тревожности. Высокий уровень тревожности встречался у 67,5% беременных женщин, что говорит о проявлении состояния тревожности в разнообразных ситуациях. Это является нарушением эмоциональной сферы личности, свидетельствует о недостаточной приспособляемости человека к тем или иным социальным ситуациям. Такой уровень тревожности может дезорганизовать любую деятельность, что в свою очередь может привести к пониженной самооценке, неуверенности в себе, это состояние может выступать в качестве одного из механизмов развития невроза, так как способствует усугублению личностных противоречий. У 73% беременных женщин встречается средний уровень с тенденцией к высокой тревожности, что говорит о склонности беременной переживать тревогу, т.е. эмоциональное состояние, возникающее в ситуациях неопределенной опасности и проявляющееся в ожидании неблагоприятного развития событий. Нарушение психической адаптации, которое наблюдается у всех беременных женщин, является многофакторным образованием, связанным как с проявлениями самой беременности, так и с особенностями личности, структурой неврозоподобных расстройств и различными психосоциальными характеристиками. Стрессовые факторы и формирующиеся вследствие них смешанные тревожные и депрессивные расстройства являются одной из причин угрозы прерывания как в 1-й, так и во 2-й половине беременности. Смешанное тревожное и депрессивное расстройство в период беременности является одним из серьезных факторов риска перинатальной патологии. Возрастает угроза прерывания беременности. У обследуемых женщин, был выявлен высокий уровень личностной тревожности, проявляющийся в эмоциональной дискомфорте (83,4%), астении (78,8%), ощущении непонятной угрозы и неуверенности в себе, тревожной оценке перспективы (63,4%). Исследование уровня и специфики невротизации, как преимущественно личностной типологической характеристики, показало, что, у беременных женщин не зависимо от срока беременности ее уровень пониженный, либо низкий. При нервно-психической напряжении при

любом сроке беременности появляется агрессивность, раздражительность, вспыльчивость. У учащих девушек снижается успеваемость (20%), возникают конфликты с друзьями, коллегами (27%). На степень и своеобразие выраженности симптомов влияют определенные психосоциальные факторы. Чем старше женщина, тем более выражены у нее невротоподобные расстройства. Чем менее благоприятен общий радикал психосоциальных факторов, тем более выражены невротоподобные расстройства, присутствует больший процент наличия невротической астении, повышен уровень невротизации и тревоги.

Выводы. Таким образом, нарушение психической адаптации, которое наблюдается в клинической картине, является многофакторным образованием, связанным как с клиническими проявлениями, так и с особенностями личности, структурой невротоподобных расстройств и различными психосоциальными характеристиками.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАТЯЖНЫХ ЭНДОГЕННЫХ ДЕПРЕССИЙ

Гопурова Г.Ф.,¹ Усманова Ш.Ф.,²

Бабаев Ж.С.,³ Уралова Д.А.⁴

Ташкентский государственный
медицинский институт, Ташкент, Узбекистан^{1,3,4.}

Академия МВД Республики Узбекистан²

Gulchekhra.gapurova.tdsi@mail.ru

Проблема депрессии на протяжении многих лет находится в центре внимания многих исследователей разных стран. Интерес к ним особенно заметно возрос в последнее время, что связано с увеличением числа больных депрессиями, изменением клинической их картины, появлением атипичных, скрытых форм, а также нередко значительным удлинением сроков фазы (приступа), что позволяет говорить о затяжном, а в ряде случаев— хроническом течении заболевания.

В последние годы в литературе появляется все больше публикаций о затяжных и хронических депрессиях у лиц молодого и среднего возраста, что коренным образом меняет представление о депрессиях как о чисто фазных заболеваниях с благоприятным

исходом. Ряд исследователей рассматривают хронические депрессии как особое монополярное течение психоза. В последние годы в мировой литературе появляется все больше сообщений о влиянии современных препаратов на затягивание аффективных психозов, что позволяет рассматривать затяжные депрессии как следствие лекарственного патоморфоза. В качестве клинических характеристик затяжных депрессий отмечались: стертость собственно аффективных расстройств, монотонность; ригидность симптоматики с «упрощением» структуры психоза в целом, преобладание в клинической картине тревожных и ипохондрических состояний. С другой стороны, были выявлены большой диапазон и динамичность психопатологических проявлений, отсутствие монолитности и однообразности симптоматики, а также выраженная атипичность клинической картины, что говорит о большой вариабельности клинических структурных форм затяжных депрессий. До настоящего времени малоизученными остаются психопатологические аспекты, клиническое многообразие, характер течения, нозологическая принадлежность затяжных депрессий.

Целью исследования явилось проведение анализа затяжных эндогенных депрессий, детальное описание преморбидных свойств личности, выявление патологических расстройств в доманифестный период болезни.

Методы исследований. В ходе исследования клинко-психопатологическим методом было обследовано 35 больных с эндогенными депрессиями, находящихся на стационарном лечении в Городской клинической психиатрической больнице. Длительность депрессивного состояния у них варьировала в пределах 2—25 лет.

Результаты исследования. В соответствии с особенностями аффективных нарушений можно было выделить 7 основных синдромальных типов депрессий: меланхолический, адинамический, дисфорический, анестетический, тревожный, сенесто-ипохондрический и сложный тип депрессивных нарушений с галлюцинаторными, бредовыми и кататоническими расстройствами. Депрессивные расстройства первых 5 типов, психопатологическая картина которых исчерпывалась в основном гипотимическими нарушениями или расстройствами энергического полюса, отличались в целом структурной простотой синдрома и незначительным

полиморфизмом психопатоподобных и неврозоподобных проявлений, так что в ряде случаев состояние можно было характеризовать как мономорфное, в то время как депрессии последних 2 типов были столь полиморфны, что можно было говорить о большом синдроме.

При меланхолическом типе депрессии наряду с подавленностью, витальной тоской с характерной загрудинной или эпигастральной локализацией, суточными колебаниями настроения, идеями, самообвинения на первый план выступали двигательные нарушения, принимавшие порой характер ступорозных состояний.

При адинамической депрессии преобладающими в клинической картине были двигательные расстройства. Больные жаловались на снижение психической активности, вялость, безволие, бессилие, безразличное отношение к окружающему, отсутствие побуждений и желаний, «ленность», «скуку», оцепенение, скованность в мышцах.

При дисфорических расстройствах, депрессивные проявления исчерпывались угрюмым, мрачным настроением без признаков тоски, но с преобладанием раздражительности, иногда даже злобности, чувством неудовольствия окружающей обстановкой.

Депрессивные нарушения в рамках анестетической меланхолии сводились к подавленному настроению с жалобами на утрату «всех человеческих чувств», безрадостное существование, бесчувствие по отношению к самым близким людям, которое не всегда носило характер болезненности, мучительности. Это состояние зачастую сопровождалось ощущениями собственной измененности с потерей индивидуальности и искаженностью восприятия внешнего мира.

Тревожные состояния, имевшие высокий удельный вес в структуре затяжных депрессий, наряду с тоскливостью и подавленностью сопровождалась тревожными опасениями беспредметного характера, ощущениями грозящей катастрофы, предчувствием несчастья или беды, доходящими до степени агитации и острейших раптусов с суицидальными тенденциями. Темп мыслей, как правило, не был нарушен, но содержание мышления обеднялось за счет однообразного круга неразрешимых проблем. Больные испытывали страхи, отчаяние, чувство безысходности, бесперспективности. На высоте состояния в отдельных случаях появлялись идеи отношения и слуховые обманы.

В клинической картине сенесто-ипохондрических депрессий собственно аффективные расстройства отступали на задний план и

ведущими становились жалобы на крайне неприятные, тягостные ощущения в разных частях тела (порой крайне вычурные и необычные), чувство соматического неблагополучия, тревожные опасения в отношении своего здоровья, страх близкой смерти. Больные искали подтверждения своим мыслям у врачей-специалистов, занимались самолечением.

Следующую группу составляли больные депрессией, в клинической картине которой имели место галлюцинаторные, бредовые и кататонические расстройства. Наряду с подавленностью, тоской, нарастающей тревогой, страхом больные слышали «голоса» угрожающего или императивного характера, испытывали боли в различных частях тела, были убеждены в воздействии на них различными аппаратами или гипнозом, в преследовании их со стороны сослуживцев, коллег и даже близких родственников, боялись быть отравленными, испорченными, околдованными, утверждали, что больны венерическими заболеваниями, заражены глистами.

Обсуждение. Неврозоподобные проявления, встречавшиеся в картине депрессий описанных 5 типов, носили характер навязчивых страхов, ипохондрических опасений, навязчивых сомнений в правильности и завершенности своих действий, контрастных мыслей и, как правило, обнаруживали внешнюю связь с реальной ситуацией. Часты были жалобы больных на усталость, раздражительность, нередко они становились ворчливыми, обнаруживали невыносимость шума, яркого света и даже обычных разговоров окружающих.

Психопатологическая структура следующих 2 типов депрессий, как уже говорилось ранее, отличалась значительной сложностью и глубиной позитивных расстройств, полиморфизмом, выраженной атипией признаков, изменчивостью проявлений, что было связано с появлением в клинической картине болезни элементов, стоящих вне рамок облигатных депрессивных расстройств.

К особенностям психопатологических нарушений в рамках описанных типов затяжных депрессий следует отнести стертость собственно аффективных проявлений, преобладание в большинстве наблюдений не грустного, печального, а угрюмого, мрачного настроения. Наряду с аффектом тоски большой удельный вес имели тревога, страх, отчаяние. Идеаторные нарушения сводились в

основном к депрессивному моноидеизму, пессимистической направленности мышления с потерей жизненных перспектив, что говорило о диссоциации и атипичности в соотношении самих симптомов эндогенной триады. Двигательные проявления исчерпывались адинамическими расстройствами с ослаблением витальных стимулов. Идеи самообвинения, самоосуждения носили неотчетливый, подчас-рудиментарный характер, часто звучало самовосхваление себя в прошлом и самооправдание в настоящем; иногда обвинения были направлены на окружающее. Обращала на себя внимание малая выраженность суточных колебаний настроения и соматовегетативных нарушений. В депрессиях были элементы рефлексии. Болезненное самосознание мучительно переживалось больными.

Проведенный анализ показал большое сходство манифестных проявлений в клинической картине затяжной депрессии и стертых психотических расстройств, возникавших задолго до начала заболевания.

Так, у больных с алгическими пароксизмами, вегетативными кризами, тревожными опасениями за свое здоровье затяжная депрессия обычно дебютировала сенесто-ипохондрическими проявлениями. У больных с субклиническими адинамическими депрессиями в прошлом первыми признаками изучаемой депрессии были двигательные расстройства с ослаблением витальных стимулов. В случаях анестетической меланхолии нередко имелись указания на деперсонализационные нарушения в пубертатном или молодом возрасте. Психопатоподобные проявления с дисфориями повторялись в структуре затяжной депрессии на одном из этапов ее развития. В сложных бредовых приступах синдромальная структура повторяла по типу клише имевшие место ранее состояния.

Были выявлены некоторые связи между типом депрессии и преморбидно-конституциональными особенностями личности. Во всех случаях депрессии с сенесто-ипохондрическими расстройствами развивались у лиц тревожно-мнительного склада характера и у сензитивных шизоидов.

Выводы.

1. В соответствии с особенностями аффективных нарушений можно было выделить 7 основных синдромальных типов депрессий: меланхолический, адинамический, дисфорический, анестетический, тревожный, сенесто-ипохондрический и сложный тип депрессивных

нарушений с галлюцинаторными, бредовыми и кататоническими расстройствами.

2. К особенностям психопатологических нарушений в рамках описанных типов затяжных депрессий следует отнести стертость собственно аффективных проявлений., которые характеризовались большим сходством с манифестными проявлениями эндогенных депрессий.

ЛИЧНОСТЬ И МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С МИНИМАЛЬНОЙ МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ И СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ

**Гопурова Г.Ф.¹, Бабарахимова С.Б.²,
Абдулкасимов Ф.Б.,³ Усманова Ш.Ф.⁴**

Ташкентский государственный
медицинский институт, Узбекистан^{1,3}.

Ташкентский педиатрический
медицинский институт, Узбекистан²

Академия МВД Республики Узбекистан⁴

Gulchekhra.gapurova.tdsi@mail.ru

Состояние здоровья детей и подростков в последнее десятилетие в различных странах мира в целом и в Узбекистане в частности характеризуется неблагоприятными тенденциями: распространением девиантного и зависимого поведения; деформацией медико-социального портрета семей, имеющих детей. На этом фоне особую актуальность приобретает изучение психологических аспектов таких заболеваний, как минимальная мозговая дисфункция (далее – ММД) и синдром дефицита внимания и гиперактивности (далее – СДВГ), имеющих широкую распространенность у детей.

Целью исследования явилось определить характеристики личности, межличностных отношений, материнского воспитания детей 9–10 лет с минимальной мозговой дисфункцией и синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

Методы исследования. В ходе исследования было обследовано 108 человек. Из них на подготовительном этапе – 4 учителей и на этапе психодиагностики – 40 детей (с 9 до 10 лет с ММД и СДВГ) и

40 матерей, из которых были сформированы три группы. Основная – 15 младших школьников с ММД и СДВГ и 15 матерей; первая группа сравнения – 15 младших школьников с симптомами невнимательности и импульсивности (группа риска) и 15 матерей; вторая группа сравнения – 10 школьников без симптомов невнимательности и импульсивности (контрольная группа) и 10 матерей. Методами исследования явились клинико-биографический, психодиагностический, методы статистической обработки данных.

Результаты исследования. Испытуемых всех групп отличают сходные свойства личности: неуверенность в себе, ранимость, неустойчивость, что можно рассматривать как возрастную особенность. Младшие школьники группы ММД-СДВГ, по сравнению с младшими школьниками группы риска, более замкнуты, имеют менее высокую степень сформированности интеллектуальных функций, менее послушны. В структуре межличностных отношений детей всех групп наиболее выражены «отношение к родителям, воспринимаемым как родительская чета» и «отношение к матери». В межличностных отношениях доминируют такие личностные особенности, как любознательность, конфликтность. Все дети демонстрируют активно-агрессивную реакцию на фрустрацию. Взаимосвязи характеристик конкретно-личностных отношений детей с ММД-СДВГ, их поведенческих характеристик с особенностями материнского воспитания показывают, что отношение к другу как к эмоционально значимой фигуре связано с гипопротекцией со стороны матери, неразвитостью ее родительских чувств, чрезмерностью запретов и санкций, проекцией на ребенка собственных нежелательных качеств; отношение к учителю положительно взаимосвязано с недостаточным удовлетворением матерью потребностей ребенка и отрицательно – с ее воспитательной неуверенностью; вынесение матерью супружеского конфликта в сферу воспитания прямо взаимосвязано с конфликтностью детей, их активно-агрессивной реакцией на фрустрацию и обратно – с любознательностью.

Выводы. Результаты проведенного с позиции биопсихосоциального подхода исследования расширяют и уточняют представления современной медицинской психологии об особенностях личности, в том числе копинг-поведения и учебной мотивации детей с ММД и СДВГ, специфики их межличностных отношений, характеристик материнского воспитания. Показано, что проявления гипопротекции со стороны матери взаимосвязаны с компенсаторной

значимостью для детей с ММД и СДВГ отношений с учителем и другом. Обнаружено, что детей, не имеющих симптомов невнимательности и импульсивности, отличают более высокая личностная напряженность и фрустрированность, большая значимость отношений с матерью.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИКИ НЕПСИХИЧЕСКОГО И ПСИХОТИЧЕСКОГО ВАРИАНТОВ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АЛКОГОЛИЗМА

**Абдулкасимов Ф.Б.,¹ Шарипова Ф.К.,²
Гопурова Г.Ф.,³ Бабаев Ж.С.,⁴ Курбаниязова Ш.Э.⁵**

Ташкентский государственный
медицинский институт, Узбекистан^{1,3,4,5}.

Ташкентский педиатрический
медицинский институт, Узбекистан²

Gulchekhra.gapurova.tdsi@mail.ru

Наблюдаемый в последние десятилетия неуклонный рост частоты алкогольных психозов, существенно отягощающих течение алкоголизма, обуславливает все больший интерес исследователей к этой проблеме. Одними из наименее изученных ее аспектов являются причины и механизмы перехода алкогольного эксцесса в острый алкогольный психоз, недостаточная ясность которых в значительной мере ограничивает возможности профилактики алкогольных психозов. В связи с этим возрастает актуальность сравнительного изучения особенностей люцидного и психотического вариантов течения алкоголизма, открывающего перспективы для выделения факторов «риска» алкогольных психозов и следовательно, для разработки более эффективных мер по их профилактике.

Актуальностью нашей работы послужила изучения сравнения непсихотического (люцидного) и психотического вариантов течения алкоголизма, создающего возможность поиска “факторов риска” алкогольных психозов и критериев прогноза алкогольной болезни в целом.

Для решения поставленных задач были обследованы 162-больных алкоголизмом мужского пола, впервые в жизни обратившиеся за врачебной помощью и получившие стационарное лечение

в Городской Клинической психиатрической больнице в период с 1.01.1996 по 31.12.2006 г. С 2006 по 2014 годы за этим контингентом больных велось личное катamnестическое наблюдение. К окончанию 18-летнего срока катamnеза полноценные сведения получены с 145 больных, которые и составили основной материал для исследования.

В материал не вошли больные, снятые с наркологического учета в более ранние сроки катamnеза в связи с выездом или смертью.

Обследование проводилось клинико-катamnестическим методом. Динамическое клиническое наблюдение больных наряду с изучением психического, соматического и неврологического состояния включало в себя тщательное исследование личности больного, его преморбидных характерологических особенностей и их трансформации в процессе злоупотребления алкоголем, для чего в ряде случаев применялись экспериментально-психологические методики (тест Люшера). При изучении соматического состояния обязательными видами исследования являлись электрокардиография и методы лабораторной диагностики, включавшие общие анализы крови и мочи, определение содержания белка, билирубина, остаточного азота и других биохимических показателей крови и мочи печеночные пробы.

Непосредственное клиническое изучение больных сочеталось с ретроспективным анализом анамнестических данных и в обязательном порядке, объективных сведений, полученных от родственников больного и окружающих. Важное значение имело изучение медицинской документации: амбулаторных карт наркологического диспансера, выписок из истории болезней.

Исследование проводилось на базе Городской Клинической психиатрической больницы и Городском наркологическом диспансера в г. Ташкента.

Возраст больных к моменту первичного обследования варьировал в диапазоне от 22 до 47 лет, средний возраст 33,6 ± 6,6 лет. Распределения больных по возрасту было следующим: от 22 до 30 лет, средний возраст – 49 ± (33,8 %) больных. От 31 до 40 лет - 71 (48,9) больных – в возрасте старше 60 лет.

Давность алкоголизма к моменту первичного обследования составляла от 3 до 18 лет средняя давность - 8,9 ± 4,4 лет. При этом у 51 (35,1 %) больных она составила от 3 до 5 лет, у 44 (33,4 %) – от 6 до 10 лет, у 39 (26,9 %) от 31 до 35 лет и у 11 (7,6 %) больных - свыше 5 лет.

Распределение больных в зависимости от стадии алкоголизма.

Анализ данных показал явное преобладание больных с поздними стадиями заболевания к концу срока катамнестического наблюдения, что позволило с достаточным основанием судить об особенностях клинической динамики алкоголизма на всех его этапах и с высокой вероятностью определять критерии его прогноза у обследованного контингента больных.

При оценке типа течения алкоголизма учитывалась скорость формирования II стадии заболевания от начала систематического употребления алкоголя. Соответственно высокопрогредиентной тип течения констатировался при формировании II стадии в первые 6 лет от начала систематического пьянства и наблюдался у 82 (56,6%) больных, среднепрогредиентный – от 7 до 15 лет у 50 (34,5%) больных и малопрогредиентный – более 15 лет у 15 (8,9%) больных.

В связи с тем, что основной задачей нашего обследования являлось поиск возможных прогностических критериев алкоголизма на основе сравнительного изучения особенностей клиники и течения его психотического и непсихотического (люцидного) вариантов, были выделены 2 группы больных: I- группа – 62 больных с люцидным вариантом течения алкоголизма; II- группа – 83 больных с психотическим вариантом течения алкоголизма.

Следует отметить, что признавая относительность разделения алкоголизма на психотический и люцидный, под “люцидным вариантом” мы понимали те случаи течения заболевания, которые характеризовались отсутствием психотической симптоматики как в анамнезе, так и на протяжении всего срока катамнестического наблюдения.

Предпринятые нами разделение на две группы было оправдано длительным сроком наблюдения, в большинстве случаев охватившим практически все стадии болезни, что позволило с высокой достоверностью говорить о том или ином варианте течения.

Для оценки результатов исследования использовались методы вариационной статистики с применением таблицы Стюдента, вычислялись средние показатели.

Таким образом, сравнительное изучение непсихотического и психотического вариантов течения алкоголизма позволило выделить комплекс клинико-биологических факторов, способных служить критериями прогноза заболевания и показателями “риска” возникновения алкогольных психозов. Основную нагрузку несли такие клинические показатели, как интенсивность и тяжесть формы

злоупотребления алкоголем, темп утяжеления всех клинических симптомов алкоголизма.

Вероятность возникновения алкогольных психозов повышалось при изначально (уже в I стадии) с выключением в структуру психопатологических расстройств, быстром утяжелении формы пьянства с употреблением алкоголя, раннем развитии соматических последствий алкоголизма. В качестве дополнительных факторов, предрасполагающих к развитию алкогольных психозов, отмечены наличие сенситивных черт в преморбидной структуре личности и черепно – мозговые травмы, перенесенные на фоне сформированного алкоголизма. Вероятность возникновения алкогольных психозов было незначительной изначально невысокой интенсивности и малопрогрессирующей динамике патологического влечения к алкоголю, коррелировавших с постоянным формированием и медленным нарастанием тяжести других клинических проявлений алкоголизма, в первую очередь абстинентного синдрома и формы злоупотребления алкоголем, а также при отсутствии других экзогенных вредностей, способных отягощать течение алкоголизма.

В качестве дополнительного фактора, сдерживающего развития как первичных, так и повторных алкогольных психозов, следует отметить стойкие алкогольные ремиссии (продолжительность более 5 лет).

Сходные мероприятия с выделением больных в специальную группу активного диспансерного наблюдения необходимы и для профилактики рецидивов алкогольных психозов. Своевременное выявление и максимально возможное устранение всех неблагоприятных факторов может способствовать более успешной профилактике психотических осложнений алкогольной болезни.

Выводы.

1. Сравнительное клинико- катamnестическое изучение непсихотического и психотического вариантов алкоголизма показало, что их клинические особенности, существенно различавшиеся по тяжести клинического оформления и темпу прогрессирующей основных симптомов заболевания, могут служить надежными критериями течения болезни и определения вероятности возникновения алкогольных психозов.

2. Для непсихотического варианта течения алкоголизма были характерными медленное формирование, изначально невысокая интенсивность и малопрогрессирующая динамика патологического

влечения к алкоголю пакозателями которых являлись незначительная выраженность и неполная представленность клинических

Компонентов влечения, а также его длительно сохраняющийся ситуационно обусловленный характер при слабой тенденции к спонтанной актуализации. Эти особенности влечения коррелировали с постепенным формированием и медленным нарастанием тяжести остальных признаков заболевания: абстинентного синдрома, формы пьянства, изменений личности, соматических и социальных последствий злоупотребления алкоголем.

3. Характерными особенностями психотического варианта течения алкоголизма являлись сравнительно быстрое формирование и высокая интенсивность патологического влечения к алкоголю, которое уже на начальном этапе заболевания проявлялось в более тяжелой клинической форме и имело тенденцию к спонтанной актуализации. Большая скорость нарастания интенсивности патологического влечения к алкоголю коррелировало с более быстрым формированием и высоким темпом утяжеления всех других клинических признаков алкоголизма, в частности абстинентного синдрома, формы злоупотребления алкоголем, изменений личности, соматических и социальных последствий пьянство.

НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ (КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ПРИНЦИПЫ ПСИХОТЕРАПИИ)

**Гопурова Г.Ф.,¹ Абдуллаева В.К.,²
Абдулкасимов Ф.Б.,³ Уралова Д.А.⁴**

Ташкентский государственный
медицинский институт, Ташкент, Узбекистан^{1,3,4.}

Ташкентский педиатрический
медицинский институт, Узбекистан²

Gulchekhra.gapurova.tdsi@mail.ru

Вирусные гепатиты являются одними из наиболее распространённых на сегодняшний день инфекционных заболеваний. Кроме широкого распространения, проблемность вирусных гепатитов обусловлена поражением лиц наиболее трудоспособного

возраста, а также определённым риском возникновения осложнений и неблагоприятных последствий. Высокий эпидемический потенциал этих заболеваний сохраняется в масштабах всего мира (Н. С. Соринсон, 1996). Наряду с определёнными успехами в исследованиях по вопросам диагностики и лечения непосредственно различных форм вирусных гепатитов, есть и достаточно проблемные вопросы, в частности в отношении влияния последствий перенесённой болезни на дальнейшее социальное функционирование человека и качество его жизни. Исходя из этого аспекта, особое значение приобретает изучение нарушений психической сферы у данного контингента больных.

Целью исследования явилось определить клиническую особенность непсихотических нарушений психической сферы у больных вирусным гепатитом и разработка принципов психотерапевтической коррекции этих нарушений.

Методы исследования: клинико-психопатологический, экспериментально-психологический (с использованием тестов, направленных на определение личностных характеристик). Проведено обследование 159 больных вирусными гепатитами А, В, С и В + С, находившихся на стационарном лечении в городской клинической инфекционной больнице г. Ташкента; среди них — 101 мужчина и 58 женщин. Пациенты были в возрасте от 16 до 39 лет (в среднем $24,2 \pm 0,4$ года). У всех пациентов заболевание протекало в лёгкой или среднетяжёлой форме.

Больные поступали в стационар преимущественно в течение первых 10 дней (в среднем $7,9 \pm 0,4$ дней) от начала заболевания. У всех пациентов отмечалась типичная желтушная форма заболевания. Диагноз вирусного гепатита устанавливался на основании клинико-эпидемиологических и лабораторных данных; в каждом случае диагноз был верифицирован серологическими исследованиями (определением специфических маркеров вирусов гепатитов А, В и С). Из группы исследования исключались больные, страдавшие гепатитами с тенденцией к затяжному течению и хроническими гепатитами, больные с другими острыми и хроническими внутренними заболеваниями, а также пациенты с признаками зависимости от психоактивных веществ (за исключением зависимости от табака).

Пациентам предлагалось пройти осмотр врача-психиатра и психологическое тестирование с целью установления степени

влияния заболевания на нервную систему и психику; предлагалось также обсудить имеющиеся психологические проблемы. При этом пациентам сообщали о том, что осмотр проводится в рамках научного исследования. В каждом случае было получено осознанное согласие пациента на психиатрическое обследование.

Для объективизации клинико-психопатологических данных была использована специально разработанная клиническая шкала, предоставившая возможность унифицированной количественной регистрации психопатологических симптомов по двухбалльной системе. Для всестороннего изучения личностных реакций больных были применены экспериментально-психологические методики — как вербальные (анкетные), так и невербальные (проективные). Цветной тест Люшера. Анализ психопатологической симптоматики у больных вирусными гепатитами выявил ряд особенностей количественной и качественной структуры пограничных психических расстройств

Частота и выраженность отдельных нервно-психических симптомов у больных вирусными гепатитами

Доминирующую позицию занимали расстройства астенического круга: слабость и повышенная утомляемость (у 83,6% больных), головная боль (у 33,3%), головокружение (у 21,4%), сонливость (у 28,3%), недостаточность сна (у 23,9%), жалобы на снижение настроения (у 42,8%), жалобы на повышенную раздражительность (у 13,8% больных). В целом расстройства астенического круга различной степени выраженности отмечались в течение болезни у 89,4% обследованных больных. У 25,2% пациентов наблюдались эмоциональные нарушения: субдепрессия (у 11,9%), тревога (у 2,5%), раздражительность (у 8,2%), эмоциональная лабильность (у 6,3%) и повышение настроения (у 5,0%). Все обследованные больные по вариантам личностного реагирования на болезнь распределялись следующим образом: 78,0% — нормозогностический тип, 10,1% — гипернозогностический (ипохондрический) тип, 11,9% — гипозогностический тип.

Больные с нормозогностическим типом реагирования на болезнь полностью соблюдали советы врача, проявляли достаточную активность в терапевтическом процессе, были настроены на выздоровление. Наблюдалось также полное соблюдение лечебного режима и диеты.

Цветовой тест Люшера позволил выявить особенности психологического реагирования больных, и при этом в спектре клинических и психологических коррелятов цветовых выборов красной нитью проходило отражение физиологического стресса, проявлений астении (как физических, так и психических). С другой стороны, отражение болезни на психологическом уровне в подавляющем большинстве случаев оказалось адекватным и характеризовалось гармоничным вариантом реагирования на астению. Применение цветового теста отношений выявило, что «нормативом» в отношении к болезни и к больнице может считаться негативная эмоциональная оценка, с преобладанием ощущений пассивности и зависимости (средний ранг выбранного цвета $4,4 \pm 0,2$). В то же время выявилась большая обеспокоенность из-за необходимости стационарного лечения и самого факта госпитализации, нежели собственно из-за заболевания (средний ранг выбранного цвета $4,9 \pm 0,2$). Следовательно, правилом является незначительный эмоциональный дистресс из-за наличия вирусного гепатита, который не ассоциируется с тяжёлым заболеванием и часто не вызывает значительных нарушений самочувствия. Даже ситуация заболевания и пребывания в стационаре в целом мало влияла на эмоциональное восприятие собственной перспективы и, соответственно, на глобальный эмоциональный фон. Однако при этом следует отметить, что наличие у больного ипохондрических проявлений находило психологическое отражение не только в отношении к заболеванию или больнице, но и в изменении восприятия понятия «моё будущее» ($p = 0,21$), то есть на психологическом уровне наличие ипохондрии вовлекало изменение эмоциональных отношений к экстраморбидным, не связанным с болезнью сферам жизни. То же самое можно сказать и о явлениях субдепрессии (соответствие более негативному восприятию понятия «моя семья» ($p = 0,21$)). Результаты исследования с помощью цветового теста отношений в динамике заболевания доказывают также, что наличие проявлений общей интоксикации (в том числе астенических явлений) продормального периода обуславливает более быстрое восстановление самочувствия, с ощущением «нарастания здоровья» после непродолжительного соматического страдания.

Результаты исследования. С учётом полученных сведений о клинической структуре и отражении на психологическом уровне

непсихотических расстройств психической сферы у больных вирусными гепатитами стало возможным применение методик психотерапевтической коррекции этих расстройств. По типу воздействия это были недирективные методики, направленные на индивидуальную работу с пациентом, с использованием преимущественно рациональной психотерапии.

Почти всегда требовали особого психотерапевтического внимания ипохондрические реакции. При наличии ипохондрических проявлений психотерапевтическая техника была направлена на коррекцию масштаба переживаний, связанных с болезнью, формирование лечебной перспективы. Врач в таких случаях акцентировал внимание пациента на даже незначительных положительных сдвигах в его самочувствии и лабораторных показателях. Полезными оказались также коррекция фиксации на соматических ощущениях, дезактуализация присущих этим больным неправильных представлений и опасений. При недооценке пациентом тяжести заболевания, нарушениях лечебного режима и диеты психотерапевтическое влияние было нацелено на предотвращение пассивности больного в лечении, поощрение инициативы в терапевтическом процессе, максимальное создание партнёрских отношений. При этом дополнительно подчёркивалась повышенная опасность развития осложнений и неблагоприятных последствий, затягивания сроков лечения. Такое «запугивание» было оправданным и целесообразным в данной ситуации. Существенным для проведения коррекции отмеченного отношения к болезни было выявление тех её аспектов, которые оставались значимыми для пациента (например «заразность» заболевания, возможность снижения трудоспособности).

Таким образом, основной целью психокоррекционных мероприятий было максимальное содействие лечению основного (инфекционного) заболевания, первоочерёдное выявление и коррекция именно тех расстройств, которые ставят под угрозу адекватность позиции больного в отношении лечения и соблюдения диетически-режимных ограничений.

Предложенная система психотерапевтических мероприятий была применена у 52 пациентов. Использование разработанной психотерапевтической системы дало возможность сократить длительность ипохондрических расстройств у больных вирусными гепатитами, а также предотвратить формирование «полярных»

вариантов субъективного восприятия болезни. Удалось существенно улучшить уровень терапевтического альянса пациентов с врачами соматического звена и сформировать позитивные установки на дальнейшее соблюдение профилактически-режимных ограничений.

Выводы. В наших исследованиях приведено теоретическое обоснование и новое решение научной задачи – выявление клинических особенностей непсихотических психических расстройств у больных вирусными гепатитами (в виде симптоматики личностно-невротического уровня) и разработка подходов к их психотерапевтической коррекции.

У больных вирусными гепатитами в остром периоде заболевания отмечаются пограничные психические нарушения, ограничивающиеся в своём развитии уровнем доклинических, синдромально незавершённых расстройств. Расстройства психики проявляются астеническими нарушениями (у 83,6% больных), эмоциональными нарушениями (у 25,2%) и расстройствами в личностной сфере субъективного восприятия болезни (у 22,0%).

По данным цветового теста отношений, нормативом в отношении к болезни и к лечению является негативная эмоциональная оценка, с преобладанием ощущений пассивности и зависимости (средний ранг выбранного цвета $4,4 \pm 0,2$), в то же время выявляется большая обеспокоенность из-за необходимости стационарного лечения и самого факта госпитализации, чем собственно из-за заболевания (средний ранг выбранного цвета $4,9 \pm 0,2$).

ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАТЯЖНЫМИ ДЕПРЕССИЯМИ

Алимов У.Х.,¹ Абдулкасимов Ф.Б.,² Гапурова Г.Ф.³

Центр развития профессиональной
квалификации медицинских
работников, Узбекистан¹
Ташкентский государственный
медицинский институт, Узбекистан^{2,3}.
Gulchekhra.gapurova.tdsi@mail.ru

За последние годы накопилось большое количество информации, свидетельствующей о том, что нервные, иммунные, а

также эндокринные системы не являются автономными, в широком смысле этого слова, а представляют собой компоненты общей системы реагирования на внешние стимулы и раздражители. При этом особое внимание уделяется изучению иммунологических процессов, являющихся по общему признанию важнейшей частью системы реагирования на любое стрессовое воздействие, и их целенаправленной коррекции. С учетом имеющихся данных к числу наиболее адекватных моделей для доказательства терапевтического взаимодействия психофармакологических и иммуностропных препаратов можно отнести больных со смешанным тревожным и депрессивным расстройством (по МКБ-10 F 41,2) при котором наблюдаются достаточно выраженные биологические изменения в организме больных, в частности понижение иммунологических показателей. Доказательством этому мы можем считать частые визиты депрессивных больных к другим узким специалистам таким как лор-врачу, ревматологу, гастроэнтерологу, а также наличие иммунограммы с пониженными показателями.

В соответствии с целью работы поставлены следующие задачи: 1) Сравнить и оценить эффективность и переносимость монотерапии иммуномодуляторами в процессе терапии. 2) Обосновать показания к применению иммуномодуляторов у больных с аффективными расстройствами и разработать методику их использования в лечебной практике.

Материалы и методы исследования: Клинико-иммунологическим методом было обследовано 37 человек с аффективными расстройствами разной степенью прогрессивности. По МКБ-10 имевшиеся у них заболевания были диагностированы как рекуррентные депрессивные расстройство (F33.2), депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов (F32.2), “Неврастения” (F48.0), “Ипохондрическое расстройство” (F45.2), а также другие депрессивные эпизоды (F32.8). Длительность депрессивной фазы составляла от 6 месяцев до 2 лет. Критериями исключения являлись эндогенные психические расстройства, суицидальный риск, наличие тяжелой соматической и неврологической патологии, выраженные проявления психоорганического синдрома, включая пароксизмальные нарушения; беременность и кормление грудью. Их мы разделили на 2 группы, из них в основной исследуемой группе 18 больных, в контрольной группе 19. Критериями

включения в исследование являлось выраженное снижение иммунологических показателей иммуно-регуляторный индекс (ИРИ)-соотношение (CD4+/CD8+), CD16+, CD20+, уровень иммуноглобулина (IgG) были намного ниже, а также отмечался выраженный лимфоцитоз К алгоритму лечение контрольной группы подключили иммунокорректирующие препараты, разрешенных к клиническому применению в Узбекистане, на основании показателей клинического состояния больных.

Иммунокорректоры проводились соответствующим курсом. Состояние каждого пациента оценивали до и после курса лечения. Первоначально забор крови проводили до начала терапии. Повторное взятие крови производили на 3-и сутки после окончания терапии.

Вывод: Полученные данные указывают на то, что после проведенного курса иммуномодуляторами картина иммунного статуса значительно улучшилось, поднялся уровень иммуноглобулина (IgG), а также показатели лимфоцитов намного снизились и приблизились к норме. Общая состояние больных улучшилось, пациенты отмечали у себя прилив сил, повышения аппетита, уменьшение болей в суставах, купирование болей в горле, в носовых пазухах.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАТЯЖНЫХ ДЕПРЕССИЯХ

Гопурова Г.Ф.,¹ Ходжаева Н.И.,²
Султанов Ш.Х.,³ Усманова Ш.Ф.⁴

Ташкентский государственный
медицинский институт, Ташкент, Узбекистан^{1,3}
Ташкентская Медицинская Академия, Узбекистан²
Академия МВД Республики Узбекистан⁴
Gulchekhra.gapurova.tdsi@mail.ru

Актуальность. Традиционно при рассмотрении проблемы депрессивных расстройств большое внимание уделяется изучению биологических факторов в их возникновении, клинику течения и терапии, но гораздо меньшее внимание уделяется последствием депрессии, а в частности иммунологической системе больных

данным заболеванием. Изучаемые нами методологические подходы в отношении исследования иммунных реакций до настоящего времени не применялись. Оценка адекватности иммунного реагирования на воздействие стресс факторов и разработка иммунологических норм с учетом напряженности адаптационных механизмов представляют интерес как в теоретическом, так и в практическом плане.

Целью настоящего исследования: Являлось изучение состояние иммунной системы при затяжных депрессиях и сопоставить полученные данные с иммунологическими данными контрольной группы. В связи с поставленной целью определены следующие задачи: **1.** Изучить состояние иммунной системы у больных с затяжной депрессией. **2.** Оценить и сопоставить полученные данные с иммунологическими данными контрольной группы.

Материалы и методы исследования: Клинико-иммунологическим и клинико- психологическим методом было обследовано 59 человек из них в основной исследуемый группе 37 больных в возрасте от 20 до 50 лет (находящихся на стационарном лечении в Городской клинической психиатрической больнице) с аффективными расстройствами с разной степенью прогрессивности. По МКБ-10 имевшиеся у них заболевания были диагностированы как рекуррентные депрессивные расстройство (F33.2), депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов (F32.2), “Неврастения” (F48.0), “Ипохондрическое расстройство” (F45.2), а также другие депрессивные эпизоды (F32.8). Длительность депрессивной фазы составляла от 6 месяцев до 2 лет. Критериями исключения являлись эндогенные психические расстройства, суицидальный риск, наличие тяжелой соматической и неврологической патологии, выраженные проявления психоорганического синдрома, включая пароксизмальные нарушения; беременность и кормление грудью. В контрольной группе 22 соматически и психически здоровых людей соответствующего возраста. Для оценки тяжести депрессивного состояния использовалась психометрическая шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS - 21) Критериями включения в исследование являлась выраженность депрессивной симптоматики по шкале Гамильтона (HDRS - 21) более 20 баллов (в среднем $28,2 \pm 1,1$ балла в основной группе и $8,8 \pm 0,9$ балла в контрольной). Изучали иммунологические показатели такие как: иммуно-

регуляторный индекс (ИРИ)- соотношение (CD4+/CD8+), CD16+, CD20+, иммуноглобулина E, M, A, G.; Лимфоцитов, лейкоцитов.

Вывод: У 32 больных основной группы уровни иммуноглобулина (IgG) были намного ниже, а также отмечался выраженный лимфоцитоз. В контрольной группе этот маркер был зафиксирован у 3 человек. Полученные данные свидетельствуют о том, что длительно протекающая депрессия приводит к понижению иммунологического аспекта. Что указывает на необходимость подключения иммуномодуляторов в дальнейшей тактике алгоритма лечения.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА ПРИМЕРЕ УЗБЕКИСТАНА

**Гаюбов У.М., Ходжаева Н.И.,
Султанов Ш.Х., Абдулкасимов Ф.Б., Гапурова Г.Ф.
Нарова И.Р. (студент 3 курс)
Ташкентский государственный
медицинский институт, Ташкент, Узбекистан
*Gayubovumid95@mail.ru***

Актуальность. Пандемия COVID-19 не только подкосила экономические и политические отношения во всем мире, но и легла тяжелым бременем на сферу медицины, в частности, на область медицинской психологии и психиатрии. Не остался в стороне от этих изменений и Узбекистан, по статистике в Узбекистане за время первой пандемии заразились 251 тысяча человек. Показатели психического здоровья также заслуживают внимания. Всемирная пандемия COVID-19 также вызвала высокий уровень психологического стресса у населения Узбекистана.

Целью исследования послужила изучение психического здоровья мужчин и женщин в общей популяции Узбекистана во время первого карантина. Выборка включала 224 участников (164 женщин и 60 мужчин) в возрасте от 16 до 60 лет. Психологический дистресс выражался в наших показателях депрессии, тревоги, одиночества и соматизации в сочетании с высокой устойчивостью. Женщины демонстрировали более высокий уровень этих

симптомов, чем мужчины, но это колеблется с возрастом и может соответствовать уровням этих симптомов, о которых сообщают мужчины. В частности, не было обнаружено различий между полами по одиночеству в возрастных группах 20–34 и 35–40 лет; а при депрессии – в возрастных группах 40–50 и 50–60 лет.

Введение. Пандемия коронавируса стала угрозой для глобального общественного здравоохранения из-за высокого уровня заражения, увеличения числа смертей во всем мире, а также массовых карантинных и социальной изоляции, которые были реализованы. Вспышка этого заболевания вызвала высокий уровень психологического дистресса среди населения в целом, который проявляется умеренными и тяжелыми симптомами депрессии, тревоги, симптомов соматизации, одиночества и посттравматический стресс. Фактически, одно недавнее исследование показало, что женщины сообщали о большем страхе, воспринимаемом личном риске, страхе смерти и страхе заражения, чем мужчины. Более того, возраст также может быть сдерживающим фактором, поскольку было обнаружено, что симптомы тревоги чаще встречаются у молодых женщин, а их частота постепенно снижается с возрастом. Однако как обстоит дело с Узбекистанским обществом, особенно с этими гендерными различиями, учитывая, что обычно именно женщина несет ответственность за установление близких отношений между его членами.

Цели текущего исследования заключались в изучении психического здоровья мужчин и женщин в общей популяции Узбекистана во время пандемии. Во-вторых, мы исследовали, остаются ли эти различия между мужчинами и женщинами постоянными в разном возрасте.

Метод исследования включала 224 узбекистанских участников (164 женщин и 60 мужчин) в возрасте от 16 до 60 лет ($M = 37,9$, $SD = 13,9$ года). Участников отбирали методом «снежного кома», по ссылке на онлайн-анкету в социальных сетях (Telegram) и среди студентов университетов ТГСИ. Важно отметить, что отправной точкой для выборки фактически были все те студенты, друзья и коллеги, которые были готовы принять участие и которые затем передали ссылку в своих социальных сетях другим. Учитывая преобладание студенток, которые послужили отправной точкой для этой выборки, неудивительно, что большинство участников были

женщинами. Ссылка была доступна в течение пятнадцати дней после первого карантина (в марте-апреле 2020 года, исследование проводилось в мае). Участники выполнили различные измерения в порядке, представленном ниже. Четверо участников (две женщины и двое мужчин) были исключены из-за их необычных ответов по сравнению с общей выборкой. Распределение заявленного дохода было следующим: 31% сообщили о «низком» доходе, 25,8% сообщили о «высоком» доходе и 43,2% сообщили о среднем доходе. Четверо участников (две женщины и двое мужчин) были исключены из-за их необычных ответов по сравнению с общей выборкой. Распределение заявленного дохода было следующим: 31% сообщили о «низком» доходе, 25,8% сообщили о «высоком» доходе и 43,2% сообщили о среднем доходе. Четверо участников (две женщины и двое мужчин) были исключены из-за их необычных ответов по сравнению с общей выборкой. Распределение заявленного дохода было следующим: 31% сообщили о «низком» доходе, 25,8% сообщили о «высоком» доходе и 43,2% сообщили о среднем доходе.

Анкета здоровья пациента-4 (PHQ-4) и индекс одиночества.

Опросник здоровья пациента-4 (PHQ-4; Kroenke et al., 2009; см. также Löwe et al., 2010) включает четыре пункта (по два на каждый индекс: индексы тревоги и депрессии), которые измерялись на по шкале от 1 — «никогда» до 4 — «почти каждый день» за весь период пандемии до этого момента, с диапазоном от 1 до 8, каждый. Высокий балл указывает на высокий уровень депрессии и тревоги. Коэффициент α для шкал тревоги в этом исследовании составил 0,835, для депрессии 0,539 и для всех четырех пунктов 0,783. Что касается индекса одиночества, участников спросили об их чувстве одиночества во время первой блокировки: «испытывали ли вы одиночество» по шкале от 1 — «никогда» до 4 — «почти каждый день».

Шкала психосоматических симптомов (ШПС)

Индекс соматизации включает 5 пунктов, основанных на Шкале психосоматических симптомов (PSS; Vulić-Prtoric, 2005 ; перевод на английский Zijlema et al., 2013). Все пункты оценивались по шкале от 1 — «никогда» до 4 — «почти каждый день» в течение всего периода пандемии до этого момента в диапазоне от 1 до 20. Высокий

балл указывает на высокую соматизация. Надежность Кронбаха в этом исследовании составила 0,783.

Шкала устойчивости Коннора-Дэвидсона 2 (CD-RISC2)

Это сокращенная версия (Vaishnavi et al., 2007) шкалы устойчивости Коннора-Дэвидсона (CD-RISC; Connor and Davidson, 2003), которая включает два пункта, оценивающих уровень устойчивости с использованием 4-балльной шкалы, начиная от 1 - «неспособен» до 4- «очень способен» за весь период пандемии до этого момента в диапазоне от 1 до 8. Высокий балл указывает на высокий уровень устойчивости. Надежность Кронбаха в этом исследовании составила 0,764.

Анкета личной информации

Включены социально-демографические переменные, такие как пол, возраст, религиозный уровень и доход.

Обсуждение: Психологический дистресс среди населения Узбекистана во время пандемии COVID-19 выражался в наших показателях депрессии, тревоги, одиночества и соматизации в сочетании с высокой устойчивостью. На самом деле все эти показатели оказались значительно взаимосвязанными. В частности, одиночество, депрессия, тревога и соматизация были положительно взаимосвязаны, и все они отрицательно коррелировали с устойчивостью. Другими словами, люди, сообщающие о низкой устойчивости, также сообщали о большем психологическом дистрессе, как и следовало ожидать. Пол является ключевым фактором в реакции людей на травмирующие и стрессовые ситуации. Действительно, наше исследование показало, что женщины сообщали о более высоких уровнях депрессии, тревоги, одиночества и соматизации, чем мужчины, во время пандемии, что согласуется с другими исследованиями. Так, например, одно исследование показало, что женщины сообщали о большем страхе, воспринимаемом личном риске, страхе смерти и страхе заражения, чем мужчины. Эти выводы можно объяснить тем фактом, что мужчины и женщины могут быть по-разному уязвимы к стрессовым факторам, связанным со стихийными бедствиями, в зависимости от их социальных ролей. В западных странах мужчины чаще страдают от потери работы, в то время как женщины могут более серьезно страдать от разрушения сетей социальной поддержки после стихийного бедствия. Социальные роли женщин в качестве опекунов

и поставщиков социальной поддержки также могут повысить вероятность того, что они будут испытывать стрессовые потребности в своем времени после стихийного бедствия. Тот факт, что в Узбекистане женщины по сравнению с мужчинами демонстрировали более высокий уровень этих симптомов во время пандемии, можно объяснить разными ролями, традиционно отводимыми каждому из полов в этом обществе. В Узбекистане, хотя мужчины и женщины могут заботиться друг о друге, доля женщин, выполняющих роль опекунов, обычно выше, чем доля мужчин. Женщины также составляют подавляющее большинство лиц, осуществляющих уход за инфицированными COVID-19. Обеспокоенность по поводу прямого заражения от близких может усилить тревогу женщин. Это согласуется с выводами, которое показало, что страх и опасения оказывают большее влияние на женщин с психическими расстройствами, чем на мужчин с такими расстройствами. На основе исследований подтвердили, что женщины имеют значительно более высокий риск развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) после стихийного бедствия по сравнению с мужчинами. Другие факторы, которые могут объяснить гендерные различия, могут быть связаны с реакцией на биологический стресс.

Во-вторых, не было обнаружено различий между полами по одиночеству в возрастных группах 20–30 и 55–60 лет; в то время как в других возрастных группах женщины набрали несколько больше баллов, чем мужчины. Кроме того, не было обнаружено различий между полами в отношении депрессии в возрастных группах 20–45 и 50–60 лет. В частности, наши участники-женщины набрали больше баллов по депрессии, чем наши участники-мужчины, в возрасте 16–24 лет; в возрасте 24–39 лет показатели депрессии у женщин теперь стали относительно ниже, а у мужчин - относительно выше, и теперь они сравнялись с женщинами по уровню депрессии; это отсутствие разницы депрессии между полами в дальнейшем сохранялось в старших возрастных группах и оставалось на одном уровне. Это интересный вывод, если рассматривать его в сравнении с отчетом о значительных гендерных различиях. при этом женщины почти в два раза чаще страдали депрессией, чем мужчины. Мы предполагаем, что пандемия привела к повышенному уровню депрессии у мужчин, возможно, из-за экономического стресса в семье. В подтверждение

этого мы подчеркиваем сильную корреляцию между этими тремя симптомами в нашем исследовании.

В-третьих, в старших возрастных группах (20–30, 30–45 и 55–60 лет) не выявлено гендерных различий тревожности. По крайней мере, одно исследование показало, что таких гендерных различий может не остаться, аргументируя это тем, что с возрастом происходят дифференциальные изменения социальных ролей. Следовательно, это может не иметь никакого отношения к беспокойству, испытываемому во время пандемии.

В-четвертых, для соматизации, хотя женщины набрали больше баллов, чем мужчины в возрастных группах 16–24, 24–39 и 40–50 лет, для возрастной группы 50–60 лет ситуация обратная. Это согласуется с другими исследованиями, сообщающими о более высоком уровне соматизации у женщин по сравнению с мужчинами в возрасте от 16 до 60 лет. Тот факт, что мы обнаружили более высокую степень соматизации у мужчин в возрастной группе 50–60 лет, вполне может быть специфическим следствием пандемии, которая, по сути, представляет физическую, соматическую угрозу. Будучи потенциально очень уязвимыми к инфекциям в этом возрасте (фактически это группа риска), это неизбежно вызывало у мужчин большую степень соматизации в связи с их потребностью быть более бдительными, чем обычно, в отношении любых симптомов (боли, головная боль, лихорадка), с которыми они могут столкнуться. Женщины, напротив, в целом проявляют высокую степень телесного осознания, что приводит к высокому уровню соматизации в любом возрасте.

Заключение: Психологический дистресс у населения Узбекистана во время пандемии COVID-19 выражался в депрессии, тревоге, одиночестве и соматизации в сочетании с высокой жизнестойкостью. В частности, у женщин наблюдались более высокие уровни этих симптомов, чем у мужчин, но это колеблется с возрастом и может соответствовать уровням этих симптомов, о которых сообщают мужчины. Кроме того, молодые женщины сообщают о большем количестве проблем с психическим здоровьем во время пандемии. Таким образом, мужчины и женщины могут быть по-разному уязвимы к стрессовым факторам, связанным со стихийными бедствиями, например, во время пандемии.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СОЦИО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ: НЕГАТИВНОГО ДЕТСКОГО ОПЫТА, САМОСТИГМАТИЗАЦИИ И ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С МОТИВАЦИЕЙ К ТЕРАПИИ

**Герасимчук Е.С., Сорокин М.Ю.,
Горбунова О.В., Портениер С.Н., Лутова Н.Б.**
ФГБУ «Национальный медицинский
исследовательский центр психиатрии и
неврологии им. В.М. Бехтерева»,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
e-mail: *katherine.gerasimchuk@mail.ru*

Актуальность: Мотивация к терапии является важной социально-психологической характеристикой пациента и подвержена влиянию различных факторов, каждый из которых может требовать специфических реабилитационных вмешательств. Однако пациенты, страдающие психическими расстройствами, не только обладают индивидуальными социальными, клиническими и психологическими характеристиками, но объединяют в себе их динамическую совокупность (Незнанов Н.Г. и соавт., 2018; Tripathi A., et al, 2019; Barreira D.P., et al, 2019). Таким образом, знание о том, какой из элементов психосоциальной работы окажется более эффективным в отношении формирования приверженности лечению, может повысить качество реабилитации пациентов через её персонализацию.

Цель: Проанализировать и оценить влияние негативного детского опыта (НДО), внутренней стигмы, социальных, клинических и психологических характеристик на интенсивность и структуру мотивации к терапии у пациентов психиатрического профиля.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 102 пациента, находившихся на лечении в НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева, СПб ГБУЗ «Больница им. П.П. Кащенко», СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №6». Были использованы: опросник неблагоприятного детского опыта Adverse Childhood

Experience (ACE) (Finkelhor D. et al, 2015); опросник интернализированной стигмы психического расстройства (ISMI) (Boyd Ritsher, J. et al, 2003), личностный опросник Клонингера (TCI) (С.Н. Ениколопов, А.Г. Ефремов, 2001) и опросник оценки мотивации к лечению (ОцМЛ) (Сорокин М.Ю. и соавт., 2020). Статистический анализ проводился с использованием пакета программного обеспечения SPSS 26.0.

Результаты: По результатам проведенного исследования социо-демографические характеристики пациентов были взаимосвязаны с отдельными компонентами структуры мотивации к терапии, но не с ее интенсивностью. Пациенты, не имеющие инвалидности по психическому заболеванию демонстрировали большую готовность к сотрудничеству с врачом в процессе лечения (4 фактор мотивации) (0,3(0,9) и -0,4(1,2); $p=0,05$). Пациенты, имеющие высшее образование обнаруживали большую склонность к осознанию психологического механизма болезненной дезадаптации (3 фактор мотивации), чем те, кто имели только школьный уровень образования (-0,004(1,2) и -1,8(1,3); $p=0,05$). Среди психологических параметров результаты оценки темперамента и характера пациентов ассоциаций со структурой или общей интенсивностью мотивации к терапии не показали. Сопротивление самостигматизации, как компонент структуры интернализированной стигмы обнаруживал связи с терапевтической мотивацией: отмечалось снижение способности к сопротивлению самостигматизации при снижении склонности пациентов опираться на собственные знания в преодолении болезни (1 фактор мотивации) ($\rho=-0,418$; $p=0,02$), стремления к активному сотрудничеству в процессе лечения (4 фактор мотивации) ($\rho=-0,527$; $p<0,01$), а также общим снижением мотивации к терапии ($\rho=-0,28$; $p=0,03$).

Наиболее широкие связи с мотивацией к лечению показали результаты оценки НДО. Так большая склонность пациента полагаться на собственные навыки и знания в преодолении болезни (1 фактор мотивации) была связана с проживанием в детском возрасте с близким родственником, злоупотреблявшим алкоголем или другими психоактивными веществами (ПАВ) (8 вопрос ACE) (0,1(0,8) и -0,5(0,9); $p=0,05$). Результаты показателей осознания необходимости лечения (2 фактор мотивации) были выше у пациентов, сообщавших об опыте физического насилия (2 вопрос

АСЕ) (0,4(0,9) и -0,4(1,2); $p=0,01$) и эмоционального пренебрежения в детском возрасте (4 вопрос АСЕ) (0,4(0,9) и -0,6(1,2); $p=0,02$). Большее осознание психологического механизма болезненной дезадаптации (3 фактор мотивации) было ассоциировано с опытом наблюдения насилия в адрес матери или мачехи (7 вопрос АСЕ) (0,7(0,9) и -0,6(1,6); $p<0,01$), а также с большим общим количеством НДО ($p=0,31$; $p=0,03$). С большей готовностью пациентов к активному сотрудничеству в ходе лечения (4 фактор мотивации) было связано наличие опыта эмоционального пренебрежения (4 вопрос АСЕ) (0,6(0,7) и -0,1(0,9); $p=0,02$). Наблюдения насилия в адрес матери или мачехи (7 вопрос АСЕ) (0,7(0,7) и 0,03(0,9); $p=0,04$), проживание с близкими родственниками, злоупотреблявшими ПАВ (8 вопрос АСЕ). Более высокие показатели интенсивности мотивации к терапии отмечались у пациентов в детском возрасте, ставших свидетелями насилия по отношению к матери (7 вопрос АСЕ) (0,4(0,7) и -0,3(0,9); $p=0,01$), проживавших с родственниками, злоупотреблявшими алкоголем или другими ПАВ (8 вопрос АСЕ) (0,3(0,6) и -0,4(0,9); $p=0,02$) и подвергшихся эмоциональному пренебрежению (4 вопрос АСЕ) (0,4(0,5) и -0,4(0,9); $p<0,01$).

На втором этапе работы показатели, выявившие взаимосвязи со структурой и выраженностью терапевтической мотивации были включены при построении логистических регрессионных моделей в качестве предикторов. В роли вариантов исхода моделей подгруппы высоко и низко мотивированных пациентов в соответствии с медианным значением интенсивности мотивации к терапии. По результатам полученных моделей наличие высшего образования увеличивало шансы высокой терапевтической мотивации. Большее количество перенесенного НДО также увеличивало шансы высокой мотивации к терапии ($B=0,337$; $p=0,016$; $\text{Exp}(B)=1,4$), хотя отдельные варианты опыта имели разнонаправленные эффекты: опыт связанный с эмоциональным насилием в детском возрасте (1 вопрос АСЕ), уменьшал шансы высокой мотивации у пациента в 10,5 раз ($B=-2,353$; $p=0,015$), частое наблюдение насилия в адрес матери или мачехи (7 вопрос АСЕ) в 15,3 раза повышал ($B=2,725$; $p=0,011$). Выраженность же внутренней стигмы не оказывала достоверного влияния на шансы формирования интенсивной мотивации у пациентов.

Выводы: Роль социо-психологических характеристик пациентов, страдающих психическими расстройствами, в психологии

лечебного процесса целесообразно рассматривать с позиции системного подхода, поскольку их влияние на формирование мотивации к лечению, обеспечивается через динамическую совокупность эффектов. Интегративный вклад негативного детского опыта имеет существенное значение, однако, может быть связан как с более, так и менее адаптивными мотивационными моделями у пациентов в ходе их лечения.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПУТЕМ ВКЛЮЧЕНИЯ ИММУНОКОРРИГИРУЮЩЕГО ПРЕПАРАТА В СХЕМУ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАТЯЖНЫМИ ДЕПРЕССИЯМИ

**Гопурова Г.Ф., Султанов Ш.Х.,
Бабаев Ж.С., Абдулкасимов Ф.Б.,
Курбаннязова Ш.Э.**
Ташкентский государственный
стоматологический институт
г.Ташкент, Узбекистан.

Актуальность: За последние годы накопилось большое количество информации, свидетельствующей о том, что нервные, иммунные, а также эндокринные системы не являются автономными, в широком смысле этого слова, а представляют собой компоненты общей системы реагирования на внешние стимулы и раздражители. При этом особое внимание уделяется изучению иммунологических процессов, являющихся по общему признанию важнейшей частью системы реагирования на любое стрессовое воздействие, и их целенаправленной коррекции. С учетом имеющихся данных к числу наиболее адекватных моделей для доказательства терапевтического взаимодействия психофармакологических и иммунотропных препаратов можно отнести больных со смешанным тревожным и депрессивным расстройством (по МКБ-10 F 41,2) при котором наблюдаются достаточно выраженные биологические изменения в организме больных, в частности понижение иммунологических показателей. Доказательством этому мы можем считать частые визиты депрессивных больных к другим узким специалистам таким как лор-врачу, ревматологу, гастроэнтерологу, а также наличие

иммуннограммы с пониженными показателями. В соответствии с целью работы поставлены следующие

Задачи:

1) Сравнить и оценить эффективность и переносимость монотерапии иммуномодуляторами в процессе терапии.

2) Обосновать показания к применению иммуномодуляторов у больных с аффективными расстройствами и разработать методику их использования в лечебной практике.

Материалы и методы исследования: Клинико-иммунологическим методом было обследовано 37 человек с аффективными расстройствами разной степенью прогрессивности. По МКБ-10 имевшиеся у них заболевания были диагностированы как рекуррентные депрессивные расстройства (F33.2), депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов (F32.2), “Неврастения” (F48.0), “Ипохондрическое расстройство” (F45.2), а также другие депрессивные эпизоды (F32.8). Длительность депрессивной фазы составляла от 6 месяцев до 2 лет. Критериями исключения являлись эндогенные психические расстройства, суицидальный риск, наличие тяжелой соматической и неврологической патологии, выраженные проявления психоорганического синдрома, включая пароксизмальные нарушения; беременность и кормление грудью. Их мы разделили на 2 группы, из них в основной исследуемой группе 18 больных, в контрольной группе 19. Критериями включения в исследование являлось выраженное снижение иммунологических показателей иммуно-регуляторный индекс (ИРИ)-соотношение (CD4+/CD8+), CD16+, CD20+, уровень иммуноглобулина (IgG) были намного ниже, а также отмечался выраженный лимфоцитоз. К алгоритму лечения контрольной группы подключили иммунокорректирующие препараты, разрешенных к клиническому применению в Узбекистане, на основании показателей клинического состояния больных. Иммунокорректоры проводились соответствующим курсом. Состояние каждого пациента оценивали до и после курса лечения. Первоначально забор крови проводили до начала терапии. Повторное взятие крови производили на 3-и сутки после окончания терапии.

Вывод: Полученные данные указывают на то, что после проведенного курса иммуномодуляторами картина иммунного

статуса значительно улучшилось, поднялся уровень иммуноглобулина (IgG), а также показатели лимфоцитов намного снизились и приблизились к норме. Общая состояние больных улучшилось, пациенты отмечали у себя прилив сил, повышения аппетита, уменьшение болей в суставах, купирование болей в горле, в носовых пазухах.

Литературы:

1. Гопурова, Г. Ф., & Султанов, Ш. Х. (2019). Особенности психоэмоциональных изменений у женщин (с преобладанием депрессивного состояния) в период беременности. In Приоритетные направления развития науки и образования (pp. 201-206).

2. Kuchkarov, U. I., ZSh, A., & ShKh, S. (2009). Efficiency of noorphen in heroin addiction. *Likars' ka sprava*, (7-8), 69-73.

3. Кучимова, Ч. А., Ходжаева, Н. И., & Султанов, Ш. Х. (2020). Депрессив спектр доирасидаги аффектив ҳолатларнинг тизими ва нозологик баҳолаш усуллари.

4. Султанов, Ш. Х., & Разикова, Г. (2012). Клиническая оценка функционального состояния отдельных компонентов иммунной системы у больных опийной наркоманией. *Врач-аспирант*, 50(1.5), 701-706.

5. Султанов, Ш. Х., Ходжаева, Н. И., Курбаниязова, Ш. Э., Уролова, Д. А., Абдулкасимов, Ф. Б., Гопурова, Г. Ф., & Бабаев, Ж. С. (2022). Инволюцион ёш даврида аёллар алкоголизмининг хусусиятлари.

6. DN Sakellion, DS Irgashev, KU Alimov, SK Sultanov (2021). Hypnosis in the therapy of sexual disorders in Uzbekistanю ACADEMICIA: AN INTERNATIONAL ..., 2021

7. Д. А. Уролова, Ж. С. Бабаев, & Б. О. Убайдуллаев (2021). Клинические характеристики когнитивных расстройств при гипертонической болезни. *Scientific progress*, 2 (5), 504-512.

8. Султанов, Ш., Бабаев, Ж., Гопурова, Г., & Оролова, Д. (2022). За счет смешанного-комбинированного применения психоактивных веществ модификационный синдром приобретенной зависимости принципы профилактики и лечения: сравнительный анализ. *Медицина и инновации*, 1(4), 78–86.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАТЯЖНЫХ ДЕПРЕССИЙ

**Гопурова Г.Ф., Бабаев Ж.С.,
Абдулкасимов Ф.Б., Гаюпов У.М.**
Ташкентский государственный
стоматологический институт
г.Ташкент. Узбекистан.

Актуальность. Традиционно при рассмотрении проблемы депрессивных расстройств большое внимание уделяется изучению биологических факторов в их возникновении, клинику течения и терапии, но гораздо меньшее внимание уделяется последствием депрессии, а в частности иммунологической системе больных данным заболеванием. Изучаемые нами методологические подходы в отношении исследования иммунных реакций до настоящего времени не применялись. Оценка адекватности иммунного реагирования на воздействие стресс факторов и разработка иммунологических норм с учетом напряженности адаптационных механизмов представляют интерес как в теоретическом, так и в практическом плане.

Целью настоящего исследования: Являлось изучение состояние иммунной системы при затяжных депрессиях и сопоставить полученные данные с иммунологическими данными контрольной группы. В связи с поставленной целью определены следующие задачи: **1.** Изучить состояние иммунной системы у больных с затяжной депрессией. **2.** Оценить и сопоставить полученные данные с иммунологическими данными контрольной группы. **Материалы и методы исследования:** Клинико-иммунологическим и клинико- психологическим методом было обследовано 59 человек из них в основной исследуемый группе 37 больных в возрасте от 20 до 50 лет (находящихся на стационарном лечении в Городской клинической психиатрической больнице) с аффективными расстройствами с разной степенью прогрессивности. По МКБ-10 имевшиеся у них заболевания были диагностированы как рекуррентные депрессивные расстройство (F33.2), депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов (F32.2), “Неврастения” (F48.0), “Ипохондрическое расстройство” (F45.2), а

также другие депрессивные эпизоды (F32.8). Длительность депрессивной фазы составляла от 6 месяцев до 2 лет. Критериями исключения являлись эндогенные психические расстройства, суицидальный риск, наличие тяжелой соматической и неврологической патологии, выраженные проявления психоорганического синдрома, включая пароксизмальные нарушения; беременность и кормление грудью. В контрольной группе 22 соматически и психически здоровых людей соответствующего возраста. Для оценки тяжести депрессивного состояния использовалась психометрическая шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS - 21) Критериями включения в исследование являлась выраженность депрессивной симптоматики по шкале Гамильтона (HDRS - 21) более 20 баллов (в среднем $28,2 \pm 1,1$ балла в основной группе и $8,8 \pm 0,9$ балла в контрольной). Изучали иммунологические показатели такие как: иммуно-регуляторный индекс (ИРИ)- соотношение (CD4+/CD8+), CD16+, CD20+, иммуноглобулина E, M, A, G.; Лимфоцитов, лейкоцитов.

Вывод: У 32 больных основной группы уровни иммуноглобулина (IgG) были намного ниже, а также отмечался выраженный лимфоцитоз. В контрольной группе этот маркер был зафиксирован у 3 человек. Полученные данные свидетельствуют о том, что длительно протекающая депрессия приводит к понижению иммунологического аспекта. Что указывает на необходимость подключения иммуномодуляторов в дальнейшей тактике алгоритма лечения.

Литературы:

1. Курбаниязова, Ш., Гопурова, Г., Султанов, Ш., Хамдамов, Ш., & Рахманов, О. (2021). Психические расстройства, ассоциированные коронавирусной инфекцией. Медицина и инновации, 1(1), 8-12.

2. Султанов, Ш. Х., Ходжаева, Н. И., Курбаниязова, Ш. Э., Уролова, Д. А., Абдулкасимов, Ф. Б., Гопурова, Г. Ф., & Бабаев, Ж. С. (2022). Инволюцион ёш даврида аёллар алкоголизмининг хусусиятлари.

3. Курбаниязова, Ш. Э., & Султанов, Ш. Х. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РЕЗИСТЕНТНЫХ ВАРИАНТОВ ДЕПРЕССИИ.

4. Азизова, Г. Ф., & Насыров, А. А. (2015). Непсихотические расстройства психической сферы у больных вирусными гепатитами

(клиника, диагностика, принципы психотерапии). Молодой ученый, (4), 78-80.

5. Шигакова, Ф. А., & Султанов, Ш. Х. (2012). Особенности клиники и течения опийной наркомании у женщин, проживающих в Республике Узбекистан. Врач-аспирант, 50(1.1), 157-164.

6. Шигакова, Ф. А., & Султанов, Ш. Х. (2012). Сравнительный анализ типов течения опийной наркомании с учётом гендерных различий. Наркология, 11(10), 67-71.

7. Gopurova, G. F., Khabibullaevich, S. S., Usmanova, S. F., & Usmanova, S. F. (2021). Clinical and immunological parallels of acute polymorphic psychotic disorders. European Journal of Molecular & Clinical Medicine, 8(02), 2021.

8. Султанов, Ш., Бабаев, Ж., Гопурова, Г., & Орлова, Д. (2021). За счет смешанного-комбинированного применения психоактивных веществ модификационный синдром приобретенной зависимости принципы профилактики и лечения: сравнительный анализ. Медицина и инновации, 1(4), 78-86.

**ПРОФИЛАКТИКА ЗАВИСИМОСТЕЙ – ОДНО ИЗ
НАПРАВЛЕНИЙ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ КАФЕДРЫ
ПРЕДМЕТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ №3 на
ЗАНЯТИЯХ ПО ПРЕДМЕТУ» ПСИХИАТРИИ И
НАРКОЛОГИИ»**

**Гопурова Г.Ф., Султанов Ш.Х., Курбаниязова Ш.Э.,
Гаюбов У.М., Икрамова Ш.С. (студент 3 курс)
Ташкентский государственный
медицинский институт, Ташкент, Узбекистан
Gayubovumid95@mail.ru**

Abstract: The article is devoted to the analysis of the problem of the implementation of the preventive function in the activities of teachers in universities and additional education to prevent the use of students of psychoactive substances (PAS). An important component of the educational event in this article is the prevention of abuse of various types of psychoactive substances and addiction to (surfactants)

Аннотация: Статья посвящена анализу проблемы реализации профилактической функции в деятельности педагогов в ВУЗах и дополнительного образования по предотвращению употребления студентами психически активных веществ (ПАВ). Важным составляющим воспитательным мероприятием в данной статье являются профилактика злоупотребления различными видами психически активных веществ и зависимости от (ПАВ)

Ключевые слова: Воспитательная работа, психически активные вещества, тренинг, студент, табак курение, психология, аддикция, наркомания.

В настоящее время во всём мире в социально-экономическую эпоху происходит эрозия традиционных нравственных ценностей среди молодёжи. На пути к их утверждению, в связи с реальными трудностями материального и духовного существования молодого поколения, появляется большая группа детей и подростков с аморальным и нравственным поведением, употребляющих психоактивные вещества.

На сегодняшний день среди молодёжи подросткового возраста на первый план выходит злоупотребление синтетических, а также аптечных препаратов, обладающих высокой наркотической активностью (героин, амфетамины). Употребление вышеуказанных психоактивных веществ определяет резкое укорочение периода возможных эффективных предупреждающих мер после начала употребления наркотических средств и, как следствие, "запущенность" наркологических проблем при первичном обращении подростков за помощью. Основная возрастная группа риска – несовершеннолетние – дети и подростки в возрасте от 11 до 17 лет, в основном мальчики; В то же время в наркогруппе возраст первой встречи с группой наркоманов и наркоманов в возрасте от 11 до 14 лет.

В наркологии принято выделять три группы факторов риска в той или иной форме. Это биомедицинские, психологические и социальные факторы. Следующий уровень, влияющий на возникновение химической зависимости -общество.

Следует отметить, что это деление во многом условно, потому что эти аспекты тесно связаны и существуют постоянное взаимодействие, что особенно заметно при изучении их влияния подростковое население.

Социальные факторы, способствующие развитию зависимости, делятся на две группы - макросоциальные и микросоциальные. Первая группа – это общество, в котором живет человек, включая его историю, культурные традиции, морально-этические ценности, политические и экономические проблемы и другие. Вторая группа – ближайшее окружение. Человек, в первую очередь, его семья и друзья, с которыми он общается и учится и работа и т.д.

Психологические факторы риска зависимости набор мотивов, побуждающих к употреблению алкоголя и наркотиков. Они определяют процесс индивидуального доступа к поверхностно-активным веществам. К ним относятся трудности адаптации к окружающей среде, конфликты, неудовлетворенность, непонимание людьми, усталость, застенчивость, осведомленность их неполноценность, другими словами - отчаяние, психическое состояние дискомфорт, когда определенные потребности не удовлетворяются.

Каково происхождение таких проявлений? Изучение проблемы показало, что их очень много. Подчеркнем лишь, что педагогическая запущенность детей и подростков, обусловленная недоразвитостью, невоспитанностью и плохим поведением подростков, их отставанием от своих возможностей и требований возраста, в силу педагогических причин и педагогических методов, должна быть исправлена с помощью современных педагогических методов.

Из всего вышеизложенного следует понимание высокой необходимости решительных и активных действий в организации и проведении профилактики злоупотребления психоактивными веществами, актуальности внедрения концептуально обоснованных антинаркотических профилактических программ. При анализе современных публикаций следует отметить, что целый ряд важных положений в области профилактики уже разработан и используется в практической деятельности врачей, психологов, социальных работников и педагогов. К ним относятся: приоритет первичного профилактического подхода к решению проблем наркомании; признание медико-социальной значимости профилактических мер для раннего выявления и диагностики, эффективности лечения и реабилитации наркозависимых, улучшения криминогенной обстановки в обществе, снижения общей заболеваемости.

Каково происхождение таких проявлений? Изучение проблемы показало, что их очень много. Подчеркнем лишь, что педагогическая

запущенность детей и подростков, обусловленная недоразвитостью, невоспитанностью и плохим поведением подростков, их отставанием от своих возможностей и требований возраста, в силу педагогических причин и педагогических методов, должна быть исправлена с помощью современных педагогических методов.

В нашей стране осуществляется реализация национальной программы воспитания этики здорового образа жизни среди молодежи, обучающейся в средних и высших учебных заведениях. Сегодня основной задачей современного педагога является формирование и закрепление у студентов гигиенических навыков и привычек, их сознательного отношения к своему здоровью, личной и общественной безопасности при овладении ими специальностями.

На кафедре предметов терапевтического направления №3 на курсе психиатрии и наркологии ТГСИ воспитательная работа складывается из двух взаимосвязанных компонентов. Первый осуществляется непосредственно в процессе преподавания дисциплины, второй – на мероприятиях воспитательного характера во внеаудиторное время. Важной составляющей воспитательной работы на нашей кафедре являются мероприятия по профилактике различных видов злоупотребления и зависимости от псих активных веществ (ПАВ), т.к. мы считаем, что будущий врач должен подавать личный пример населению, отказываясь от табака курения и злоупотребления спиртными напитками, ведя при этом активный образ жизни. К сожалению, этому нередко уделяется недостаточное внимание во время обучения в вузе. В рамках данного направления студенты пишут рефераты об алкоголизме, наркомании, табак курении и игровой зависимости с акцентом на пагубность последствий данных зависимостей, с дальнейшим проведением конкурса на лучший реферат, презентация года по профилактике зависимостей среди студентов. Мероприятием, занимающим внеаудиторное время и вызывающим значительный интерес, является «круглый стол» «Пагубные последствия злоупотребления ПАВ». К сожалению, этому нередко уделяется недостаточное внимание во время обучения в вузе. В рамках данного направления студенты пишут рефераты об алкоголизме, наркомании, табак курении и игровой зависимости с акцентом на пагубность последствий данных зависимостей, с дальнейшим проведением конкурса на лучший реферат, презентация года по профилактике зависимостей

среди студентов. Мероприятием, занимающим внеаудиторное время и вызывающим значительный интерес, является «круглый стол» «Пагубные последствия злоупотребления ПАВ». При этом с докладами, сопровождающимися мультимедийными презентациями, с удовольствием выступают сами студенты. После выступлений докладчики отвечают на вопросы слушателей. Участники «круглого стола» отмечают важность изучаемой проблемы. Кроме того, с каждой учебной группой проводится занятие по особенностям формирования зависимостей, этиопатогенезу, начальным симптомам и их негативным последствиям. При этом выделяются факторы, способствующие развитию алкоголизма, наркоманий и других зависимостей, а также меры профилактики и необходимость принятия экстренных мер даже при минимальных симптомах, свидетельствующих о формировании зависимости. Конечно, важную роль в психопрофилактике зависимостей играет и чтение лекций для студентов в рамках учебного плана «Алкоголизм, этиопатогенез, клиника, профилактика», «Наркомании, этиопатогенез, клиника, профилактика». Присутствие на лекции пациентов усиливает эффект воспитательного воздействия и обычно надолго запоминается. Ежегодно проводятся 1-2 занятия СНО по проблемам различных видов наркоманий и алкоголизма. Большой интерес у студентов вызывают заседания СНО, посвященные компьютерной и игровой зависимостям. Преподаватели кафедры вносят свой вклад в борьбу с зависимостями, осуществляя постоянная борьба с курением, пропагандируя здоровый образ жизни не только на занятиях, но и подавая личный пример. Таким образом, психопрофилактика зависимостей должна начинаться с раннего возраста усилиями родителей, педагогов, конечно, СМИ и обязательно должна продолжаться в условиях вуза и сопровождаться мероприятиями по формированию здорового образа жизни на протяжении всего периода обучения и в последующем. Только при таком подходе можно существенно изменить реальную ситуацию в Узбекистане и уменьшить распространенность зависимостей.

ПРОБЛЕМЫ ОБЪЕКТИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Н. Ф. Гребень

ГУ «Республиканский научно-практический
центр психического здоровья»
г. Минск, Республика Беларусь
strekosa@tut.by

По данным Всемирной организации здравоохранения около 10 % населения мира страдает от депрессии и/или тревожных расстройств, распространенность которых постоянно возрастает. Депрессия и тревожные расстройства ежегодно обходятся глобальной экономике в один триллион долларов США (ВОЗ, 2016). Депрессия – распространенное во всем мире заболевание, от которого, по оценкам, страдает 3,8 % населения, в том числе 5 % взрослых и 5,7 % лиц старше 60 лет США (ВОЗ, 2021).

Согласно официальным статистическим данным в Республике Беларусь первичная заболеваемость населения депрессивными расстройствами по среднегодовым данным за последние пять лет составляет 15,7 человек на 100 000 населения. В среднем за 5 лет (2017–2021) повторно в году госпитализируются 14,8 % пациентов с депрессивными расстройствами, а частота госпитализаций повторных в жизни составила 61,9 %, (Т. В. Короткевич и др., 2021). Результаты эпидемиологических исследований показали, что реальное число пациентов, страдающих депрессивными расстройствами в белорусской популяции варьирует в пределах 12 % (А. В. Пацеев, 2020).

По данным зарубежных исследований, пациенты, часто обращающиеся за медицинской помощью с необъяснимыми с медицинской точки зрения симптомами, часто страдают тревожно-депрессивными расстройствами и требуют достаточно больших затрат от здравоохранения (D. Ishay-Ronen et al., 2012). Полагаем, что и в нашей стране процент пациентов с депрессивной и тревожно-депрессивной симптоматикой, обращающихся за медицинской помощью в учреждения первичного звена здравоохранения, подвергающихся частым обследованиям также значительный.

Несмотря на высокую распространенность депрессии, она достаточно трудно поддается объективной диагностике. У некоторых пациентов депрессивные расстройства могут не соответствовать всем критериям выделенных депрессивных эпизодов, а проявляться лишь относительно негрубой симптоматикой, относящейся к субдепрессивному расстройству. Такие пациенты не предъявляют характерных для аффективного расстройства жалоб, проявляют трудности с описанием и распознаванием присутствующих симптомов, что часто связано с алекситимией. Пожилые люди, члены их семей могут рассматривать депрессию в качестве нормального проявления процесса старения или нормальной реакции на различные утраты (смерть любимых, потеря работы и др.).

Вместе с тем депрессия относится к группе психических расстройств наиболее часто симулируемых или метасимулируемых пациентами. На поведенческом уровне это может быть демонстрация снижения двигательной активности, безучастность к окружающим, подавленность, невыразительность мимики лица, отказ от контактов, жалобы на расстройства когнитивных функций (В. Б. Смычек и др., 2019). В силу этого при диагностике тяжести депрессивного расстройства и постановке диагноза крайне важно учитывать отношение пациента к своему заболеванию. В данном контексте мы бы отметили следующие типы отношения к заболеванию: отрицающее, аггравирующее, ипохондричное и рентное. Необходимо иметь в виду, что пациент по тем или иным мотивам может скрывать некоторые существенные проявления болезненного состояния, и даже не осознавать их, может акцентировать внимание на тех или иных особенностях самочувствия или трудностях социального функционирования, не обязательно обусловленных депрессией, может усиливать тяжесть симптомов, излишне фиксироваться на них, или симулировать их с целью получения определенной выгоды.

На измерительные (дименсиональные) подходы, основанные на использовании клинических шкал, опросников и самоопросников, все чаще возлагаются надежды как на доказательную диагностику, приемлемую и для исследований, и для практики. Такие подходы оправдали себя при регистрации изменений состояния в процессе терапии и являются обязательным инструментом клинических исследований. Однако в этом случае врач или исследовательская группа рискуют оказаться «заложниками инструмента» (В. Н.

Краснов, 2012). Это имеет и непосредственно отношение и при проведении психологических исследований, т. к. уже было сказано ранее без учета отношения пациента к своему заболеванию, а также возможностей и особенностей применяемого инструментария высока вероятность ошибки.

Например, широко используемая в клинической практике методика «Госпитальная шкала самооценки тревоги и депрессии (HADS)», может использоваться только в качестве первичного инструмента для выявления расстройств тревожно-депрессивного спектра в общей практике. При этом самоопросник отличается «прозрачностью», и пациенты, придерживающиеся рентной мотивации или аггравации часто преувеличивают имеющиеся у них симптомы.

Определенные ограничения есть и у ряда других тестов-опросников. Так, «Шкала оценки депрессии Гамильтона (HDRS, HAM-D), «Шкала Монтгомери–Асберг (MADRS)» разработаны для врачей-клиницистов, а не клинических психологов. При этом, как отмечают специалисты они имеют определенные ограничения. Оценка тяжести депрессии 17-пунктовой шкалой «HDRS» не регистрирует такой важный признак, как суточные колебания настроения, а 21-пунктовая шкала требует уже значительных затрат времени для заполнения, что не всегда приемлемо для пациента. Шкала «MADRS» удобна своей компактностью и даже позволяет учитывать болезненную психическую анестезию, но за ее пределами остается ряд других важных особенностей депрессии, в том числе и суточные колебания (В. Н. Краснов, 2012).

Хорошо известная и часто используемая клиническими психологами методика «Шкала депрессии Бека (BDI)» часто выявляет более высокие показатели, нежели другие опросники на депрессию и тем самым может утяжелять актуальную степень депрессивного состояния пациента. Данную шкалу более уместно применять не столько для уточнения психологического диагноза, сколько при проведении когнитивно-бихевиоральной терапии с целью выявления причин депрессии, определения мишеней терапии и отслеживания в динамике психического состояния пациента. Это относится и к опроснику «Шкала безнадёжности А. Бека», который выявляет лишь из один из компонентов негативной триады когнитивной модели депрессии А. Бека.

«Тест цветowych выборов Люшера» также позволяет выявить наличие депрессивного состояния. Однако, данная методика не обладает должными показателями валидности и надежности, не позволяет оценить степень тяжести депрессии, соответственно может быть использована в качестве ориентировочной.

Достаточно часто используемой клиническими психологами является методика «Шкала депрессии Зунга (Цунга)», предназначенная для скрининговой дифференциальной диагностики депрессивных состояний и состояний, близких к депрессии. Но данная методика в большей степени ориентирована на выявление субдепрессивных состояний у условно здоровых людей. Она не позволяет оценить степень тяжести депрессивного расстройства, не «защищена» от рентных установок пациентов.

«Шкала депрессии CES-D» относится к числу редко применяемых методик в диагностической практике психолога. В тоже время она позволяет оценить степень тяжести депрессии, но также не «защищена» от лживости и склонности преувеличивать пациентом свое болезненное состояние.

Отдельно следует упомянуть опросник «Герiatricкая шкала депрессии (GDS) направленный на выявление депрессии у пожилых людей. Тест достаточно простой в применении, не требующих больших временных затрат. Однако диагностику депрессий у людей пожилого возраста необходимо проводить с учетом сохранности их когнитивного функционирования.

Отдельно следует отметить, что перечисленные методики были созданы в 60–80 г.г. XX ст., что делает их нечувствительными к временным изменениям в понимании и течении депрессивных расстройств. Многие из них не были должным образом стандартизированы и адаптированы в русскоязычной версии, не подвергались проверке психометрических показателей в последние 10–20 лет. Что касается Республики Беларусь, ни одна из перечисленных методик не была адаптированной на белорусской популяции.

Еще одним проблемным вопросом объективной диагностики депрессии является дифференциация собственно депрессивных эпизодов и дистимии как невротической депрессии. Диагностика последней не может быть установлена на основании данных шкал депрессии, а предполагает обязательное использование личностных опросников и желательно биографических анкет. Не следует

забывать и то, что ряд специалистов в области психического здоровья – Э. Крепелин, К. Шнайдер, П.Б. Ганнушкин, выделяли депрессивный тип личности как самостоятельный тип психопатии, хотя в разделе МКБ-10 F60-F69 данное расстройство отсутствует.

Таким образом, на сегодняшний день клинические психологи располагают малым количеством психодиагностического инструментария, предназначенного для выявления депрессивных расстройств и оценки степени их тяжести. Объективная диагностика депрессивных расстройств при проведении патопсихологического обследования является непростой задачей, как это часто видится некоторым, в особенности начинающим специалистам. С учетом сложившейся ситуации такая диагностика должна проводиться с использованием нескольких методик, учитывать особенности личности пациента (алекситимический тип, депрессивный тип, ипохондрический тип), установки (аггравация, рентная мотивация), биографические данные и жизненный путь. В перспективе хотелось бы надеется на то, что в стране появится психодиагностическая лаборатория или иная структура, возложившая на себя обязательства по разработке, адаптации и стандартизации инструментария для диагностики депрессивных расстройств и состояний.

ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ: ТОМСКИЙ 30-ТИ ЛЕТНИЙ ОПЫТ ОХРАНЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Гуткевич Е.В., Лебедева В.Ф., Бохан Н.А.
Томский национальный исследовательский
медицинский центр Российской
академии наук Научно-исследовательский
институт психического здоровья, Томск, Россия
gutkevichelena@gmail.com

Всемирный день психического здоровья отмечается каждый год 10 октября. Этот день был установлен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 1992 году для повышения осведомленности людей о проблемах психического здоровья и необходимости оказания помощи людям, страдающим психическими расстройствами, он является ведущим мероприятием Всемирной федерации

психического здоровья, старейшей организации по защите и укреплению психического здоровья населения в мире. Основные цели Всемирного дня психического здоровья включают: привлечение внимания общественности к проблемам психического здоровья и улучшению осведомленности о том, как поддерживать свое психическое здоровье; сокращение стигмы, связанной с психическими расстройствами, и повышение осведомленности об их лечении и предотвращении; поддержка людей, страдающих психическими расстройствами, и обеспечение доступа к качественным услугам по лечению и поддержке. Всемирный день психического здоровья напоминает людям о важности психического здоровья и о том, что мы должны уделять ему должное внимание и заботу. В Российской Федерации День психического здоровья отмечается с 2002 года по инициативе академика РАМН Татьяны Дмитриевой.

В Томске Научно-исследовательский институт психического здоровья, соблюдая многолетние традиции в честь Всемирного дня психического здоровья, проводит «День открытых дверей» с 1993 года. За этот период помощь оказана гражданам Томской области и других регионов Сибирского федерального округа и России, других стран, пациентам, их близким и родственникам, накоплен значительный опыт, проведены научные исследования.

Реализовано два научных проекта: «Анализ 20-летнего с 1993 по 2012 годы проведения Дня психического здоровья в городе Томске (социально-демографические, общеклинические и лабораторные методы осмотра, анкетный опрос потребителей психиатрической помощи)» (Гуткевич Е.В., Лебедева В.Ф., Бохан Н.А., 2015). Так, при сравнении двух периодов наблюдения (первый – 2000, 2002, 2003 годы; второй – 2009, 2011 годы) определили, что число обратившихся во второй период (после кризиса 2008 года) увеличилось в 1,4 раза по сравнению с количеством обратившихся в периоды 2000-х годов. При этом в 1,1 раза выросло обратившихся за помощью женщин. В оба периода преобладали лица зрелого и пожилого возраста. В 3/4 случаев были диагностированы непсихотические психические расстройства, среди них – невротические, аффективные, органические и личностные расстройства, наркомании и алкоголизм определены в 15% случаев, эндогенные психические расстройства – в 4-10%. Однако во втором периоде наблюдений консультативная, срочная помощь оказана почти в 2/3 случаев по сравнению с первым

периодом, что может характеризовать тяжесть психического состояния обратившихся.

Проект «Клинико-психологическая модель антирецидивного поведения, основанная на взаимодействии душевнобольных, их семей, лиц из общей популяции и профессионалов в сфере психического здоровья» связан с исследованием феномена повторных госпитализаций, определением «антирецидивного поведения» и созданием модели (Бохан Н.А., Владимирова С.В., Костин А.К., 2014; Гуткевич Е.В., 2020; Bokhan N.A. et al., 2020; Gutkevich E. et al., 2019). По результатам экспресс-анкетирования респондентов «Дня открытых дверей» установлено, что одна треть опрошенных несколько раз принимает участие в данном мероприятии; респондентам и их родственникам не хватает информации о психическом здоровье и расстройствах, при этом у многих есть родственники с нервно-психическими заболеваниями. 98% обратившихся объяснили причину обращения желанием получить профессиональную оценку специалистами своих ощущений психического нездоровья. Анализ скрининг-опроса показал, что психологическая и социальная поддержка необходима всем лицам с проблемами психического здоровья и их семьям, и она может оказываться и организациями, которыми руководят сами пользователи. Модель антирецидивного поведения учитывает клинико-динамические характеристики психического расстройства, психологические особенности личности, микро-среду (семейная среда) и макро-окружение больного и социальные взаимодействия (с использованием методического комплекса «Паспорт здоровья семьи»), ресурсы и «Адаптационно-превентивный потенциал» семьи из нескольких поколений, предлагая оформленную в виде разработанных персонализированных программ ежедневную деятельность, для поиска путей снижения количества повторных госпитализаций.

В настоящее время реализуется проект «Привязанность к дому как фактор сохранения психического здоровья в семьях: новые междисциплинарные подходы к изучению домашней среды» (Гуткевич Е.В. и др., 2021, 2022). Актуальность изучения домашней среды индивида с различным уровнем психического здоровья определяется: трансформацией парадигмы здоровья и многофакторностью причин возникновения и развития психических заболеваний; возможностью выявления взаимосвязей социального и бытового, в

том числе семейного, функционирования больных психическими расстройствами и выраженностью патопсихологических, в том числе нейрокогнитивных нарушений при различных ментальных нарушениях, в том числе и постковидных состояниях и ПТСР; необходимостью идентификации ресурсов личности (привязанности к дому) как фактора формирования разноуровневых адаптационных компетенций при психических расстройствах; важностью получения новых знаний о механизмах охраны психического здоровья каждого члена семьи; перспективой разработок практик создания дружелюбности домашней среды.

Проведение «Дня открытых дверей» в Научно-исследовательском институте психического здоровья дает возможность всем желающим лицам из общей популяции получить бесплатную психиатрическую помощь, позволяет привлечь внимание общественности к обсуждаемой проблеме, повысить информированность населения о существующих формах психиатрической помощи. В «День открытых дверей» 2019 года (года, предшествующего различным событиям в мире и в нашей стране, девиз Всемирного дня психического здоровья «Профилактика самоубийств») в клинику НИИ психического здоровья обратилось 164 человека, из них первичное обращение – в 93% случаев, повторное – 7%, при этом направлений на госпитализацию было – 48%.

В 2020-2022 годах главной причиной роста психических расстройств стала пандемия новой коронавирусной инфекции COVID-19. Как показали наши исследования, число случаев тревожных расстройств возросло на 50%, когнитивных нарушений – на 15%, а различных депрессивных состояний – на 11% (Аленина О.К., Диденко А.В., Бохан Н.А., 2021; Стоянова И.Я. и др., 2021, 2022). За эти годы НИИ психического здоровья проводил «Дни открытых дверей» в 2021 и в 2022 годах. В 2021 году данное мероприятие под девизом «Психическое здоровье в неравном мире» проходило в особый период, когда большинство населения находилось в режиме карантинных мероприятий, связанных с пандемией. Вызванные пандемией сбои в работе служб охраны психического здоровья, особенно амбулаторного звена, привели к обострению хронических психических расстройств из-за вынужденных перерывов в лечении и нарушений стандартов в организации психиатрической помощи. В «День открытых дверей»

обратились за помощью 175 человек, из них 85% переболели новой коронавирусной инфекцией, первичных – 36 %, направлено на госпитализацию – 36 %. У обратившихся лиц преобладали клинические симптомы невротических (у 51%) и органических психических расстройств (у 30 %).

В 2022 году Всемирный день психического здоровья был посвящен теме «Вместе за психическое здоровье во всем мире». Выбор тематики не является случайным, в связи с тем, что на сегодняшний день психические расстройства широко распространены во всех странах. Примерно каждый восьмой человек в мире страдает психическими расстройствами. Психические расстройства являются главным фактором, от которого зависит качество лет, прожитых с инвалидностью. Люди, страдающие тяжелыми психическими расстройствами, умирают в среднем на 10-20 лет раньше, чем население в целом от соматических заболеваний. Психические расстройства тормозят развитие общества, снижают уровень производительности, обостряют социальные отношения, негативно влияют на уровень бедности, безработицы, инвалидизации, являются причиной деструктивных семейных отношений, нарушенных родственных связей (Бохан Н.А., 2022). В экономическом отношении из всех психических расстройств дороже всего обществу обходится шизофрения. Депрессивные и тревожные состояния обходятся дешевле, но они распространены гораздо шире и поэтому составляют значительную долю в экономических издержках. Несмотря на высокую распространенность психических расстройств, лечение других заболеваний часто считается более приоритетным, чем охрана психического расстройства, а объем средств, выделяемых на финансирование психиатрической помощи, в общей сумме бюджетного финансирования здравоохранения составляет менее 2% (ВОЗ, 2022).

В 2022 году в «День открытых дверей» НИИ психического здоровья за помощью обратились 156 человек, из них 60% воспользовались такой возможностью впервые, 40% обратились повторно. Желающие смогли получить бесплатные консультации психиатра, психолога, нарколога, психотерапевта, генетика, пройти функциональные методы исследования (электроэнцефалографию, электрокардиографию, реоэнцефалографию, ультразвуковые обследования), прием вели профессора, врачи высшей квалификационной

категории, функционировал весь лабораторно-диагностический комплекс, при необходимости осуществлялись консультации неврологом, терапевтом, офтальмологом. При этом решаются проблемы идентификации индивидуальной чувствительности к факторам окружающей среды, как внутренней, так и внешней; межнациональной толерантности; латентной наркотизации и квалификации донозологических форм психических расстройств в населении. С учетом тяжести психического состояния 42% из обратившихся были направлены на стационарное лечение. Наиболее частой причиной ухудшения психического здоровья были нарушения межличностных отношений, конфликтные ситуации в семье, на работе, разводы, утраты значимого близкого, ятрогении (ухудшение физического или эмоционального состояния человека, ненамеренно спровоцированное медицинским работником), обусловленные заболеванием. Среди обратившихся в возрасте 65-70 лет проблемы с психическим здоровьем преимущественно были обусловлены хронической церебральной сосудистой патологией и постковидными (тревожными, когнитивными) расстройствами. Специалисты отметили сохраняющуюся в течение последних двух лет тенденцию увеличения числа пациентов с постковидным синдромом, их количество составило почти 35%, что указывает на актуальность продолжения изучения данной проблемы и создания комплексных и более эффективных реабилитационных программ для лиц, перенесших COVID-19.

Всемирный день психического здоровья и проводимый НИИ психического здоровья Томского НИМЦ «День открытых дверей» предоставляет уникальные возможности: для общества – сделать психическое здоровье всеобщим приоритетом и базовым элементом общего здоровья личности и ее благополучия; для различных общественных, благотворительных организаций, бизнес-структур – проявить социальную заинтересованность и ответственность; для широких слоев населения – возможность информирования и обучения, вовлечения в это массовое международное движение, получения безвозмездной профессиональной специализированной помощи; для служб здравоохранения – интеграции процесса лечения психических расстройств в деятельность многих учреждений в рамках реформы здравоохранения с учетом новых вызовов и развития международных связей.

ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ МОЛОДЕЖИ В УСЛОВИЯ ПАНДЕМИИ COVID-19

Н. Н. Даниленко

ОБУЗ «Курская клиническая
психиатрическая больница имени
святого великомученика и целителя
Пантелеимона», Курск, Россия,
danendko@mail.ru

В условиях социально-экономических, политических, медицинский и социальных изменений, происходящих в обществе вследствие распространения коронавирусной инфекции COVID-19, особенно трудно приходится молодому поколению, с его еще не устоявшимся мировоззрением, подвижной системой ценностей, что может порождать у молодежи нарушение социальной адаптации, кризиса нравственного и духовного здоровья, что позволяет говорить о данной категории населения как самой уязвимой, но в тоже время эта нестабильность может выступать как преимущество в адаптации к новым реалиям жизни [Полосина А.А., др, 2021].

Основным, самым распространенным симптомом стресса и дезадаптации является когнитивный диссонанс – недоумение и растерянность, вызванные тем, что, имевшиеся конструкции знаний о мире, о безопасности, об условиях жизни, о законах, правовых, культурных и моральных нормах, гарантиях, ресурсах и возможностях потерпели стойкие и необратимые изменения, а новых мировоззренческих, социальных, психологических, поведенческих конструкций не появилось. Что будет дальше с мутирующим вирусом, с медицинскими, социальными, экономическими, политическими, правовыми и другими последствиями – никому неизвестно.

В СМИ выдается много разных прогнозов от врачей, политиков, журналистов, даже астрологов, футурологов, содержание которых варьирует от самых пессимистичных, до оптимистичных. Люди в этой информации пытаются разобраться, определить отношение к ней и стратегию поведения, но в итоге, преобладает неопределенность и дезорганизация, что создает дефицит достоверной информации, усугубляющий неизвестность, страх и стресс [Карпов А.М. и др, 2020].

К сожалению, пандемия COVID-19 пока еще далека от завершения. Новые требования влияют на использование городских пространств в контексте резкого сдвига от развития общественной жизни на открытом воздухе к более замкнутой, ограничивается социальная жизнь, а потребление деятельности в Интернете только усиливается (онлайн-магазины, телемедицина, макро-мероприятия, искусство и досуг и т. д.). За последние годы в условиях изоляции возросла потребность в использовании технических средств для выхода в интернет и получения различных услуг онлайн. У подростков и молодежи наблюдается зависимость от чрезмерного или неправильного использования технических средств. Зависимость объясняется не только как результат длительного пребывания дома, но и из-за роста уровня стресса в семейном кругу, нездоровых коммуникативных привычек. Из-за вынужденного длительного пребывания дома обострились некоторые факторы риска здоровью молодежи, среди которых снижение физической активности, нездоровое питание, употребление алкоголя и наркотиков, курение. Неопределенность будущего, изоляция от сверстников и дистанционный формат обучения лишила личностного общения, активные меры демонстрации последствий новой коронавирусной инфекции COVID-19 влияет на эмоциональное состояние (повышает уровень тревожности, апатию, или же, наоборот, усиливал агрессию и протестные реакции). Невозможность четко строить планы на будущее и способов реализации, в целом, неблагоприятно влияет на социальную адаптацию молодежи в период пандемии. Период вынужденной самоизоляции, по мнению ряда исследователей, характеризуется высоким уровнем стресса, который испытало на себе не только взрослое население, но и молодежь в условиях трансформации социального пространства, вызванной переходом на дистанционный режим обучения.

В настоящее время становится все более очевидным, что «постковидный» мир будет совершенно иным. Качественным показателем произошедших изменений в обществе является современное положение молодежи. Рассматривая период пандемии, как один из ключевых этапов в жизни общества, необходимо отметить, в первую очередь, его влияние на изменение социальных установок и трансформацию социальных норм у молодежи.

Неопределенность ситуации порождают у людей постоянную тревогу, навязчивые опасения и страхи, пессимизм, снижение настроения и активности, неуверенность и несостоятельность. Эти переживания неприятны, вызывают раздражение, обиду, возмущение, но их выражение никому не интересно, оно только усугубляет ситуацию, поэтому людям приходится подавлять свои чувства, терпеть, сдерживаться, перенапрягать самоконтроль, в связи с чем нарушается сон, появляются трудности в обучении или трудовой деятельности, снижается уверенность в себе, что приводит к нарушениям социальной адаптации и такое состояние побуждает молодых юношей и девушек обращаться к врачу-психиатру, что обуславливает **актуальность** изучения толерантности к ситуации неопределенности как одной из причины нарушений социальной адаптации.

В диспансерном отделении ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика и целителя Пантелеимона» совместно с медицинскими психологами было обследовано 54 испытуемых: 28 девушек и 24 юноши в возрасте от 18 до 20 лет, которые обратились в отделение за получением допуска к учебе, в автошколе, прохождении медицинской комиссии. Все респонденты не состояли под наблюдением у врача-психиатра. Материалами исследования выступили «Опросник толерантности—интолерантности к неопределенности (апробация Т.В. Корниловой)» и «Опросник социально-психологической адаптации» Р.Даймонда-К.Роджерса.

В ходе исследования были получены результаты, свидетельствующие о взаимосвязи толерантности к неопределенности и социальной адаптации. Полученные количественные результаты подверглись статистическому анализу, был использован корреляционный критерий Пирсона для выявления взаимосвязи между шкалами «адаптивность» и «толерантности к неопределенности» (ТН). Коэффициент корреляционной связи положительный на умеренном уровне ($r=0,7$), что свидетельствует о том, что чем выше толерантность к неопределенности, тем выше социальная адаптация. Стоит отметить, что у всех респондентов уровень социальной адаптации на среднем уровне и выше, это объясняется тем, что молодежь в силу возрастных и индивидуально-личностных особенностей более терпимо относится к быстро изменяющимся условиям

и может быстрее адаптироваться к меняющимся требованиям социума и собственным потребностям, мотивам и интересам, и наоборот, чем ниже толерантность к неопределенности, тем ниже социальная адаптация.

Практическая значимость исследования заключается в выявлении «мишеней» для оказания психотерапевтической помощи. Результаты исследования послужат в дальнейшем основой для разработок клинических рекомендаций, в случае обострения эпидемиологической ситуации. Чтобы снизить уровень тревожности, повысить толерантность к ситуации неопределенности можно рекомендовать: больше уделять времени спорту, гимнастике, ходить на растяжку, где учат правильно расслаблять мышцы, что благоприятно влияет на психологическое состояние, также можно заниматься медитацией и релаксацией, телесными практиками, ходить на массаж. Не мало важно проводить детоксикацию от социальных сетей, читать только проверенные новостные каналы, не подвергаться «информационной интоксикации». Можно заниматься рукоделием, существуют антистресс раскраски, мандалы, начать вышивать или уделять больше времени своим увлечениям. Проанализировать свое питание, убрать из своего рациона продукты, которые не только угнетают нашу иммунную систему, но и могут провоцировать усиление тревожности - кофе, крепкий чай, энергетические напитки, все что является быстрыми углеводами: шоколадки, печенье, торты, необходимо увеличить потребление овощей, фруктов, нежирного мяса и яиц.

Для фармакотерапевтической поддержки в состоянии дезадаптации рекомендовано достаточно много средств, которые отпускаются без рецепта, это аминокислоты, антиоксиданты, витамины, в комплексе с солями, микроэлементами, ферментами, биодобавки.

TO THE QUESTION OF THE EFFICIENCY OF PSYCHOEDUCATIONAL PROGRAMS FOR PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA IN CONDITIONS OF COMPULSORY TREATMENT

**Daulbekov D.S., Kopzhasarova K.A.,
Burhina M.P., Zhumabaikyzy A.,
Eskenov A.E., Kenshilikov M.A.,
Zaripov O.B.**

*PA «Republican psychiatric hospital
of a specialized type with intensive
observation» MH RK, Kazakhstan,
Almaty region, Talgar district, v.Aktas and
NGEI «Kazakhstan-Russian Medical
University» department of psychiatry
and narcology, c.Almaty, the Republic of Kazakhstan
aktoty_zhumabaikyzy@ @mail.ru*

In the treatment and rehabilitation stage of providing psychiatric care in conditions of compulsory treatment for patients with schizophrenia, psychoeducational programs have been actively occupying positions in recent years. According to foreign researchers, psychoeducation is an integral component of modern comprehensive psychiatric care for patients with schizophrenia and their relatives. According to some authors, psychoeducation is considered the most significant type of psychosocial intervention in the multifaceted system of psychosocial methods of psychosocial rehabilitation of patients with schizophrenia and their relatives. In general, psychoeducation is one of the components of psychosocial rehabilitation, that is most consistent with the general humanistic orientation of the partnership model for providing psychiatric care. Psychoeducational programs set themselves two main tasks, which are especially closely connected among the chronically mentally ill. This is actually “education”, when the patient receives information about a mental illness, so that a correct understanding of his condition would lead, if not to the management of his disease, its course and course, then at least to the timely recognition and control of individual painful manifestations and symptoms. The second task, which is not inferior in importance to the first, is to provide

“psychosocial support”, when the group for patients is a constant source of support and at the same time a therapeutic environment in which patients can develop adequate behavioral skills, communication, and coping with difficult situations in protected, emotionally safe conditions. In addition, through participation in a group, communication needs are satisfied. In the psychiatric departments of the Republican Specialized Psychiatric Hospital with intensive observation, group psychotherapy sessions have been held using psychoeducation techniques since 2009. The groups were heterogeneous in terms of age and education. The groups included patients suffering from schizophrenia at different stages of the disease from the stage of the active course of the process to the final stages with different depths of remission, as well as in exacerbation with severe psychotic symptoms, but correct behavior, patients with a first psychotic episode were not included. Negative disorders in patients of these groups were quite pronounced and were characterized by a narrowing of the range of interests, pallor of emotional manifestations, impaired thinking, a decrease in general mental activity, which concerned both life planning and everyday daily duties, and autism. Relatives of patients were also included in psychoeducational classes.

Indications and contraindications. The main condition for inclusion in the group is the preservation of the correct, orderly, socially acceptable behavior that was observed in patients even during exacerbations. In accordance with generally accepted recommendations, patients with acute psychotic disorders, severe intellectual decline, severe anxiety, and disinhibition were not included in the group. The psychoeducational program was conducted in closed groups with a fixed start and end date of the training course and a limited number of participants from 6 to 10 people. Each block consisted of 5-6 sessions lasting 90 minutes. Both with relatives and with patients, classes were held weekly for six months. Classes were conducted by a psychiatrist and a psychologist (co-therapist). The roles of the presenters were clearly structured and complemented each other. Before starting work in a group, at the preliminary stage, there was a mandatory primary individual consultation: 1-2 meetings with the leaders (a psychiatrist and a psychologist), at which not only and not so much the mental state was assessed, but the information and psychological correction were also taken into account. the patient needs the most. After clarifying the information needs of each participant, the so-called “individual social

rehabilitation plan” was drawn up, the most important topics and the order in which they were covered were determined. On this basis, a revised draft of the course of classes was prepared with the given composition of the group members. The training was carried out using the model of the interactive method adopted in psychoeducation, while the assimilation and consolidation of the material took place in the course of mutual learning of the participants, an active discussion process. The main methodological technique was to stimulate participants to respond to the information provided. Another requirement was a high degree of structuring of both the content of the classes and the form of their conduct. The leaders controlled the group so that the discussion corresponded to the content of the conversation and the sequence of providing information from simple to more complex was not violated. The leaders encouraged the participants to take the initiative, organized and stimulated the interaction of the participants with each other, provided feedback, which should reflect the needs and opinions of the participants; regulate the time and order of statements. One of the techniques that supported the structure of the group process was statements in a circle. Psychotherapists took into account the need to distribute attention between the participants in such a way that no one remained in the shadows in the work of the group. To do this, it was necessary to “restrain” the activity and sociability of some and stimulate the participation of others, more withdrawn and distant, as well as limit the time of statements in order to give everyone the opportunity to speak, which is important not only to attract the patient to participate in the program, but also to keep him in the future in group. The style of the classes was directive, but friendly with a respectful attitude towards the participants, their feelings, actions, experiences. Thus, it was possible to combine directive and highly structured group management with a partnership attitude based on the expectations and individual needs of the participant. Along with the assimilation of the content of the curriculum, an equally important role was assigned to "psychosocial support". The use of the group as a protective and supportive environment is especially important when it comes to the chronically mentally ill. Support in the group started small, for example, asking the patient "Do you feel comfortable sitting?". Positive support was provided continuously throughout the training period. Different models of behavior were presented in the groups, which is a necessary condition

for the work of the group, since it is important that each participant can see at least one positive example. For this, their statements about “three” positive, “three” negative qualities were filmed on a video camera. Each session included an introduction, working time and discussion. The session began with a survey about the patient's well-being and mood: "How do you feel today?", "What thoughts and feelings did you come up with today?", "What has changed in your condition?". In the responses, the attention of the participants was focused on some, even insignificant positive dynamics in well-being. The next question, which can be regarded as a warm-up, was: "What's new happened between classes?" or “How was your week?”. At the same time, attention was paid to issues of adaptation, moments of everyday life. Most of the time was devoted to the topic of the lesson and was built in accordance with the content of the program, including the exchange of views, joint discussion of experience and opportunities to overcome the disease. The lessons ended with a discussion, all participants were given the opportunity to isolate the main thing for today, to speak on the subject of what they heard useful in today's lesson, and the facilitators get a list of ideas about what the participants heard from what they were told. The lesson ended strictly on time, with words of gratitude for participation and a reminder of the time and place of the next meeting. The completion of the block of classes also played a special role. In the course of the statements, the group members tried to understand and evaluate how the new information obtained during the training can help them adapt to their painful experiences, use the possibilities of treatment more effectively, and adapt to life.

Results and discussion. For three years of work in the department (from 2019 to 2021), 57 patients and 42 relatives took part in the course of the psychoeducational program. The evaluation of the results of the psychoeducational program was carried out on the basis of whether it was possible to achieve the goals that were presented in the planning process together with the facilitators and group members. Firstly, the results can be assessed positively based on the fact that all participants who completed the course in psychoeducational groups expressed their satisfaction with the program and the quality of the mental health care they received in general in their closing comments. In addition, at least 50% of patients who completed the program expressed a desire to repeat such training group sessions over time. Psychoeducation increases the

amount of knowledge and enhances confidence in the fight against the disease. In the course of training, patients acquired a sense of competence, began to observe the time of taking medications, recognize their painful experiences and, at the very beginning of their resumption, seek medical help when the first signs of exacerbation appear. The attending physicians of the participants in the psychoeducational program drew attention to the fact that patients became more frank and were not afraid of being misunderstood, they were not afraid of treatment “because of excessive frankness”, they began to better understand the meaning of drug prescriptions and the possibility of side effects. Parents of patients participating in psychoeducation programs expressed the opinion that for the first time in many years of illness, their children admit the idea that they are sick, and therefore more willingly and consciously accept treatment. Relations with relatives became more restrained and tolerant: if rudeness and aggressiveness were allowed, then after a while the patients regretted their wrong behavior and asked for forgiveness.

Conclusion. The results obtained by us confirm the already known statement about a number of advantages of group psychotherapy in comparison with individual methods of providing psychotherapeutic assistance, both in organizational and therapeutic terms. In this regard, the cost-effectiveness of the method should be noted, since more patients are treated during the same period of time, and thus staff resources are saved. The group environment promotes social integration, when you can openly express your feelings, feel your belonging to the group and your active role in it, be equal among equals, see that others also have similar problems and painful experiences. The group approach encourages patients to learn from each other and not just from the therapist. Thus, the use of group psychotherapy with psychoeducational programs contributes to the psychosocial recovery of patients and their relatives and is a necessary component of the rehabilitation process in psychiatric practice, in particular, in conditions of compulsory treatment.

К ВОПРОСУ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

**Даулбеков Д. С., Копжасарова К.А.,
Бурхина М.П., Жұмабайқызы А.,
Ескенов А. Е., Кеншиликов М.А., Зарипов О.Б.**

*ГУ «Республиканская психиатрическая
больница специализированного типа с интенсивным
наблюдением» МЗ РК, Казахстан,
Алматинская область, Талгарский район, п.Актас
НУО «Казахстанско-Российский
медицинский университет» кафедра
психиатрии и наркологии, г.Алматы,
Республика Казахстан
aktoty_zhumabaikyzy@ @mail.ru*

В лечебно-реабилитационном этапе оказания психиатрической помощи в условиях принудительного лечения больным шизофренией в последние годы активно занимают позиции психобразовательные программы. По данным зарубежных исследователей психообразование является неотъемлемым компонентом современной комплексной психиатрической помощи пациентам больным шизофренией и их родственникам. По мнению ряда авторов, психообразование считается едва ли не наиболее значимым видом психосоциального вмешательства в многогранной системе психосоциальных методик психосоциальной реабилитации больных шизофренией и их родственников. В целом, психообразование - это одна из составляющих психосоциальной реабилитации, наиболее соответствующая общей гуманистической направленности партнёрской модели оказания психиатрической помощи. Психообразовательные программы ставят перед собой две основные задачи, которые у психически больных-хроников особенно тесно связаны между собой. Это собственно «образование», когда пациент получает информацию о психическом заболевании, чтобы правильное понимание своего состояния вело если не к управлению своим заболеванием, его ходом и течением, то хотя бы к своевременному

распознаванию и контролю отдельных болезненных проявлений и симптомов. Вторая задача, которая по значимости не уступает первой, это обеспечение «психосоциальной поддержки», когда группа для больных является постоянным источником поддержки и одновременно терапевтической средой, в которой пациенты могут в защищённых, эмоционально безопасных условиях вырабатывать адекватные навыки поведения, общения, совладания со сложными ситуациями. Кроме того, посредством участия в группе удовлетворяются потребности в общении. В психиатрических отделениях Республиканской психиатрической больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением (ГУ «РПБСТИН») с 2009 года проводятся групповые занятия психотерапии с использованием техники психообразования. Группы были гетерогенны по возрасту, образованию. В группы включались больные, страдающие шизофренией, находящиеся на разных этапах заболевания от этапа активного течения процесса до конечных стадий с различной глубиной ремиссии, а также в обострении с выраженной психотической симптоматикой, но упорядоченным поведением. Не включались пациенты с первым психотическим эпизодом. Негативные расстройства у больных этих групп были достаточно выражены и характеризовались сужением круга интересов, бледностью эмоциональных проявлений, нарушениями мышления, снижением общей психической активности, что касалось как жизненного планирования, так и будничных повседневных обязанностей, аутизацией. В психообразовательные занятия включались и родственники больных.

Показания и противопоказания. Главным условием включения в группу является сохранение правильного, упорядоченного, социально приемлемого поведения, которое наблюдалось у больных даже во время обострений.

В соответствии с общепринятыми рекомендациями не включались в группу больные на высоте острых психотических расстройств, с грубым интеллектуальным снижением, выраженной тревожностью, расторможенностью.

Психообразовательная программа проводилась в закрытых группах с фиксированной датой начала и окончания обучающего курса и ограниченным числом участников от 6 до 10 человек. Каждый блок состоял из 5-6 занятий продолжительностью 90 минут

каждое. Как с родственниками, так и с пациентами, занятия проводились еженедельно в течение шести месяцев. Занятия проводились врачом-психиатром и психологом (ко-терапевтом). Роли ведущих были четко структурированы и дополняли друг друга.

Перед началом работы в группе на предварительном этапе происходило обязательное первичное индивидуальное консультирование: 1-2 встречи с ведущими (врачом-психиатром и психологом), на которых оценивалось не только и не столько психическое состояние, но учитывалось и то, в какой информации и психологической коррекции нуждается больной больше всего. После уточнения информационных потребностей каждого участника, составлялся так называемый «индивидуальный план социальной реабилитации», определялись наиболее важные темы и порядок их освещения. На этой основе готовился уточнённый проект курса занятий с данным составом участников группы. Обучение осуществлялось с использованием принятой в психообразовании модели интерактивного метода, при этом усвоение и закрепление материала происходило в ходе взаимного обучения участников, активного дискуссионного процесса. Основным методическим приёмом являлась стимуляция участников к ответной реакции на предоставляемую информацию. Ещё одним требованием, являлась высокая степень структурированности как содержания занятий, так и формы их проведения. Ведущие контролировали группу с тем, чтобы дискуссия соответствовала содержанию беседы и не нарушалась последовательность предоставления информации от простой к более сложной. Вместе с тем, ведущие побуждали участников к инициативе, организовывали и стимулировали взаимодействие участников друг с другом, обеспечивали обратную связь, которая должна отражать потребности и мнения участников; регулировали время и очерёдность высказываний. Одним из приёмов, поддерживающих структуру группового процесса, являлись высказывания по кругу. Психотерапевты учитывали необходимость так распределить внимание между участниками, чтобы в работе группы никто не оставался в тени. Для этого приходилось «сдерживать» активность и общительность одних и стимулировать участие других, более замкнутых и отстранённых, а также ограничивать время высказываний, чтобы дать возможность высказаться каждому, что важно не только чтобы привлечь пациента к участию в программе, но и в последующем

удержать его в группе. Стиль занятий был директивным, но доброжелательным с уважительным отношением к участникам, к их чувствам, поступкам, переживаниям. Таким образом, удавалось сочетать директивное и высокоструктурированное ведение группы с партнёрским отношением, с опорой на ожидания и индивидуальные потребности участника. Наряду с усвоением содержательной части учебной программы, не меньшая роль отводилась «психосоциальной поддержке». Использование группы как защищённого и поддерживающего окружения особенно важно, когда речь идёт о психически больных- хрониках. Поддержка в группе начиналась с малого, так, например, спрашивали больного «Удобно ли Вам сидеть?» Положительная поддержка обеспечивалась постоянно на протяжении всего периода обучения. В группах были представлены различные модели поведения, что является необходимым условием работы группы, так как важно, чтобы каждый участник мог видеть хотя бы один положительный пример. Для этого снимали на видеокамеру их высказывания по поводу «трёх» положительных, «трёх» отрицательных качествах. Каждое занятие включало вводную часть, рабочее время и обсуждение. Занятие начиналось с опроса о самочувствии и настроении пациента: «Как Вы себя сегодня чувствуете?», «С какими мыслями и чувствами Вы пришли сегодня?», «Что изменилось в Вашем состоянии?» В ответах акцентировалось внимание участников на любой, даже незначительной положительной динамике в самочувствии. Следующий вопрос, который можно расценить как разминку, звучал так: «Что нового произошло между занятиями?» или «Как прошла неделя?». При этом уделялось внимание вопросам адаптации, моментам повседневной жизни. Рабочее, основное время посвящалось теме занятия и строилось в соответствии с содержанием программы, включая в себя обмен мнениями, совместное обсуждение опыта и возможностей преодоления болезни.

Завершалось занятие обсуждением, всем участникам предоставлялась возможность вычленить главное за сегодняшний день, высказаться на предмет того, что полезного они услышали на сегодняшнем занятии, а ведущим получить перечень представлений о том, что участники услышали из того, что им говорили. Завершалось занятие строго по времени, со словами благодарности за участие и напоминания о времени и месте следующей встречи. Завершение блока занятий также играло особую роль. В ходе

высказываний участники группы старались понять и оценить, как новая, полученная в ходе обучения информация может помочь приспособиться к своим болезненным переживаниям, эффективнее использовать возможности лечения, адаптироваться к жизни.

Результаты и обсуждение. За три года работы в отделении (с 2019г. по 2021г.) в психообразовательной программы приняли участие -57 больных и 42 родственника. Оценка результатов психообразовательной программы проводилась на основе того, удалось ли достигнуть целей, которые были представлены в процессе планирования совместно с ведущими и участниками группы. Во-первых, результаты можно оценить положительно на основе того, что все участники, завершившие курс в психообразовательных группах, высказывали в своих заключительных комментариях удовлетворенность прохождением программы и качеством получаемой ими психиатрической помощи в целом. Кроме того, не менее 50% пациентов завершивших программу выражали желание со временем повторно пройти подобные обучающие групповые занятия. Психообразование увеличивает объём знаний и усиливает уверенность в борьбе с болезнью. В ходе обучения пациенты приобрели чувство компетентности, стали соблюдать время приёма лекарств, распознавать свои болезненные переживания и в самом начале их возобновления обращаться за медицинской помощью при проявлении первых признаков обострения. Лечащие врачи участников психообразовательной программы обратили внимание на то, что больные стали более откровенными и не боялись быть непонятыми, не опасались лечения «из-за чрезмерной откровенности», лучше стали понимать смысл лекарственных назначений и возможность побочных эффектов. Родители пациентов, участвующих в психообразовательных программах, выражали мнение о том, что впервые за много лет болезни их дети допускают мысль, что больны, и отсюда более охотно и осознанно принимают лечение. Взаимоотношения с родными стали более сдержанными и терпимыми: если и допускались грубость и агрессивность, то через некоторое время больные сожалели о своём неправильном поведении, просили прощения.

Заключение. Полученные нами результаты, подтверждают уже известное положение о ряде преимуществ групповой психотерапии

по сравнению с индивидуальными методами оказания психотерапевтической помощи, как в организационном, так и в терапевтическом плане. В этой связи следует отметить экономичность метода, так как за этот же промежуток времени оказывается помощь большему количеству пациентов, и тем самым сберегаются ресурсы персонала. Групповая среда способствует социальной интеграции, когда можно открыто выражать свои чувства, ощущать свою принадлежность к группе и свою активную роль в ней, быть равным среди равных, видеть, что у других тоже есть сходные проблемы и болезненные переживания. Групповой подход способствует тому, что больные могут научиться чему-то друг от друга, а не только от психотерапевта.

Таким образом, использование групповой психотерапии с проведением психообразовательных программ способствует психоциальному восстановлению пациентов и их родственников и является необходимым компонентом реабилитационного процесса в психиатрической практике, в частности, в условиях принудительного лечения.

ДИНАМИКА ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ, В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В СВЕРДЛОВСКОМ АДМИНИСТРАТИВНОМ ОКРУГЕ г.ИРКУТСКА

И.И.Елисейкина, О.В.Петрунко
Иркутский областной психоневрологический
диспансер, Иркутская государственная
медицинская академия последипломного
образования – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО,
Иркутск, Россия
petrounko@mail.ru

В период пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 отмечен рост потребления алкоголя, что является значимой проблемой для отечественного здравоохранения (Сиволап Ю.П., 2020; Копоров С.Г. с соавт., 2020; Позднякова М.Е., Брюно В.В.,

2022). Проблема злоупотребления алкоголем усугублялась затрудненным доступом к медицинской помощи, а карантинные ограничения способны приводить к появлению многочисленных случаев тяжелой отмены алкоголя и алкогольных психозов (Сиволап Ю.П., 2020). Пандемия новой коронавирусной инфекции COVID-19 усилила негативные тенденции алкоголизации городского населения Российской Федерации, наблюдавшиеся в допандемический период (Позднякова М.Е., Брюно В.В., 2022).

Цель исследования: провести анализ динамики психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением алкоголя, в период пандемии новой коронавирусной инфекции в 2020-2022 гг. в Свердловском административном округе города Иркутска.

Материалы и методы. Сплошным методом проведен анализ контингента лиц, обратившихся к участковому врачу психиатру-наркологу, обслуживающему Свердловский административный округ города Иркутска, в диспансерно-поликлиническом наркологическом отделении ОГБУЗ Иркутский областной психоневрологический диспансер в период пандемии новой коронавирусной инфекции в 2020-2022 гг. Изучены их социально-демографические и клинические характеристики.

Результаты и выводы. Свердловский административный округ - самый многочисленный округ города Иркутска, население по состоянию на 01.01.2022 года составляет 208 836 человек.

В период пандемии новой коронавирусной инфекции в 2020-2022 гг. отмечен рост общего количества пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя: с 2084 человек в 2020 г., до 2169 человек в 2021 г. и 2257 человек в 2022 г.

Подавляющее большинство составили пациенты со средней стадией алкогольной зависимости (90,1% всех нозологических форм), начальная стадия алкогольной зависимости составляет лишь 0,4%. Пациенты с употреблением алкоголя с вредными для здоровья последствиями занимают второе место (6,2%). Количество пациентов с таким диагнозом неуклонно растет с 114 человек в 2020г., до 140 человек в 2021г. и 152 человек в 2022 г. На третьем месте по численности - пациенты с алкогольными психотическими расстройствами (3,3 %).

За анализируемый период 2020-2022 гг. среди пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя преобладали лица мужского пола (77,1%). По возрасту пациенты с психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, распределились следующим образом: 18-19 лет – 1,0%, 20-39 лет 35,0%, 40-59 лет - 53,0%, старше 60 лет – 11,0%. Среди пациентов подавляющее большинство – это лица трудоспособного возраста, однако лишь 12,1% из них имели постоянную трудовую деятельность.

За анализируемый период 2020-2022 гг. значительно увеличилось число больных, которым потребовалось лечение в условиях наркологического стационара с 304 человек в 2020 году, до 377 человек в 2021 году и 578 человек в 2022 году. Среди госпитализированных пациентов отмечен значительный рост пациентов с психотическими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя с 60 человек в 2020 году, до 78 человек в 2021 году и 97 человек в 2022 году. Отмечен значительный рост за период пандемии новой коронавирусной инфекции в 2020-2022 гг. больных, которые получали лечение в амбулаторных условиях в связи с психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, с 502 человек в 2020 году, до 702 человек в 2021 году и 768 человек в 2022 году. За наркологической помощью чаще обращаются пациенты с синдромом зависимости от алкоголя с целью купирования алкогольной абстиненции, постабстинентных расстройств, для получения поддерживающего и противорецидивного лечения.

В период пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 в 2020-2022 гг. отмечен рост психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением алкоголя, в Свердловском административном округе города Иркутска, что привело к увеличению количества госпитализаций в наркологический стационар и обращений за амбулаторным наркологическим лечением. Даная ситуация обуславливает необходимость применения во время пандемии специальных программ помощи людям с расстройствами употребления алкоголя и разработки комплекса превентивных мер для предотвращения неблагоприятных отдаленных последствий чрезмерного употребления алкоголя (Копоров С.Г. с соавт., 2020).

OPTIMIZATION OF THERAPY FOR RECURRENCE OF BIPOLAR AFFECTIVE DISORDERS IN THE BACKGROUND OF COVID-19

**Yeshimbetova S.Z., Sarsembaev K.T.,
Aknazarov S.A., Mashueva A.H.**
NGEI «Kazakhstan-Russian
Medical University», department
of psychiatry and narcology,
c. Almaty, Republic of Kazakhstan
s_zakirovna@yahoo.com

Objective: to study the clinical and dynamic features of the course of bipolar affective disorders against the background of covid-19.

Methods of research: outpatient observation and clinical study of 17 patients with bipolar affective disorders (BAD) with the onset or relapse of depressive or manic phase immediately before, during or instantly after covid-19 was carried out. The age of the patients ranged from 25 to 56 years (34 ± 5.2), women prevailed (12:5). In premorbid patients were characterized by psychasthenic, asthenic and hysterical types of accentuation.

Results. Study of stress factors showed that the trigger was the fact of establishing a diagnosis of a coronavirus infection (nosogeny), fear of getting a covid infection (covidophobia), fear of PCR examination, fears about possible adverse or fatal outcomes, poor prognosis of a detected disease, fear of disability and insolvency.

The disease began with leading anxiety and neurotic disorders as part of a phobic neurosis with panic attacks, followed by a transition to generalized anxiety disorder (GAD) against the background of asthenic syndrome caused by the coronavirus infection. The course of the disease (BAD) was characterized by predominance of depressive symptoms over manic ones (14:3). 4 (23.5%) patients with bipolar disorder had mild, 9 (53.0%) - moderate and 4 (23.5%) severe course of COVID-19. Asymptomatic course of coronavirus infection in patients with BAD was not observed. The clinical picture of the depressive phase corresponded to mixed depression with a prevalence of anxiety and motor restlessness: agitated depression in 9 - (64.3%), atypical depression in 3 - 21.4% with senesto-hypochondriac syndrome, and depression with obsessive

phenomena in 2 - 14.3% of patients. The clinical features of the manic phases corresponded to unproductive mania (3-17.6%). All BAD patients with a depressive pole met the objective criteria for endogenous depression, such as pathological circadian rhythm (daily dependence of mood), weight loss up to 5% within a month, instability of heart rate and blood pressure. Suicidal risk: (9-53%), including patients with suicidal thoughts (6-42.8%) and suicidal attempts (3-21.4%).

Conclusion: we have established the presence of clinical pathomorphosis in the course of BAD against the background of covid-19. The clinical features of BAD are characterized by protracted dynamics with gradual onset in the form of a phobic neurosis with panic attacks, followed by a transition and complication of symptoms to the level of a generalized anxiety disorder or an increase in affective symptoms with a predominance of depressive symptoms against the background of asthenic syndrome with autonomic nervous system deficit due to COVID-19.

SOCIAL AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS IN THE POST-COVID PERIOD

**S.Z. Yeshimbetova, N.I. Raspopova,
E.Y. Prokopova, A.K. Tokpanova, Zh.A.
Kamalbekova, T.A. Bakir, Z.I. Salikhova,
A.V. Sabirgaliev, N.M. Altiev,
G.O. Abdybaeva, D.M. Mizanbaev**
Department of Psychiatry and Narcology,
NGEI "Kazakhstan-Russian
Medical University", Almaty, the
Republic of Kazakhstan
s_zakirovna@yahoo.com

Purpose of the study: to study the socio-demographic and clinical characteristics of patients with mental and behavioral disorders in the post-COVID period in order to improve treatment and rehabilitation measures.

A retrospective analysis of the case histories of patients with mental and behavioral disorders who applied for specialized psychiatric care at the State Enterprise on the Right of economic management "the Republic

Scientific and Practical Center for Mental Health" of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan and the State Enterprise on the Right of economic management "Mental Health Center" in Almaty after the announcement of the COVID-19 pandemic April 2020 to January 2023. A total of 1670 case histories of patients with mental and behavioral disorders were studied. The information obtained supplements and deepens our knowledge of the role of social and clinical factors in the clinic of the long-term period after suffering COVID-19 in psychiatric patients.

Results of the study: during this period of time, only 1,670 patients applied to specialized psychiatric institutions for psychiatric help: 1,050 of them to the "Republican Scientific and Practical Center for Mental Health", 620 to the "Mental Health Center" in Almaty. For further study we have selected 93 case histories of patients in whom mental and behavioral disorders were directly related to COVID-19, which was confirmed by anamnesis, the fact of their hospitalization in infectious hospitals, and positive results of PCR tests. Out of total number of patients - 93, females 66 (71%) and males 27 (29%). Among our examined patients persons of mature age (45-59 years) predominated - 77.9%. Among males the overwhelming majority were young and middle-aged 18-59 years - 81.4%, while among females patients of a more mature age of 45-59 years were relatively more common - 40.9%. A high level of education was characteristic of the entire surveyed group of patients, with higher and incomplete higher education having 49.4%, which constituted the vast majority, while secondary specialized education was 26.9%, secondary and incomplete secondary education was 22.6%. The number of patients with higher and incomplete higher education prevailed among men (55.6%) compared with women (47.0%), and the level of secondary and secondary specialized education prevailed among women (44.3%) compared with men (40.7%). The vast majority of the examined patients by the time of their admission to the psychiatric hospital were not engaged in professional activities for various reasons - 80.1%. However, 37.7% of male and 32% of female patients were employed.

The clinical picture of post-COVID mental and behavioral disorders was characterized by variety of psychopathological symptoms and their gender difference. For example, in male patients, depressive syndrome (12-44.4%), insomnia (4-14.8%) and psycho-organic syndrome with cognitive impairment (4-14.8%) prevailed, while in females more often

anxiety-phobic (26-39.4%) and asthenic (15-22.75) syndromes were observed.

Thus, our study revealed the presence of post-COVID mental disorders with polymorphic symptoms with a predominance of affective spectrum disorders more often in females of mature age, which corresponded to the most active working-age population. A gender dependence of the clinical picture of post-COVID mental disorders has been established due to the prevalence of depressive symptoms in men and anxiety-phobic symptoms in women, which should undoubtedly be taken into account when drawing up therapeutic tactics for this contingent of patients.

ВЛИЯНИЕ МЕТОДА ДЕПРИВАЦИЕЙ НОЧНОГО СНА (ТДС) В ЛЕЧЕНИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Жалилова Г.М., Сааков А.В.

*Самаркандский филиал Республиканского
специализированного научно-практического
Центра наркологии. Самарканд, Узбекистан*

Вводная часть. Изменения настроения (аффекта, эмоций) пронизывает всю биопсихосоциальную и духовную сущность человека. Однако в МКБ-10 аффективные расстройства рассматриваются с трех, несколько противоречивых, подходов. Они включены и в рамки органического аффективного расстройства (F06.3), и в рамки тревожных и расстройств адаптации (F40-43), а базовыми являются аффективные расстройства (F 30-39), где среди эндогенных «растворились» и психогенные депрессии разной степени тяжести. В европейской и отечественной психиатрии преимущественно XX века этиологическим делением являлась, в частности, классификация депрессий К. Шнайдера на органические, эндогенные и психогенные. Между тем, как XX век был веком депрессий, так и в XXI прогнозируется еще большее увеличение числа депрессивных состояний и прежде всего именно психогенной природы за счет увеличения числа не только и не столько природных и техногенных катастроф, сколько за счет мирового финансового спада («депрессии»), социального и психического терроризма, глобализации, безработицы, болезни, разрушения института семьи и общины,

личностной и профессиональной не удовлетворенности, отражающихся на представлениях о качестве жизни в обществе, стране, макро- и микросоциуме, собственно индивида и его понимания счастья и полноты жизни. Что приводит к несовпадению внешних и внутренних представлений между собой и внутри себя, сопровождается снижением настроения как естественная реакция организма на биологические, психологические, социальные или духовные потребности человека со стремлением преодолеть эти препятствия. Показана роль этологическая составляющая комплексного клинко-психопатологически-этологического метода для исследования ряда дополнительных объективных признаков в клинической картине аффективных нарушений.

Цель исследования. Анализировать эффективность метода депривацией ночного сна (ТДС) в лечении депрессивных расстройств у лиц с «гармоничным» и «дисгармоничным» вариантами обратного развития депрессивных эпизодов в процессе фармакогенной и нефармакогенной терапии.

Материалы и методы. Материалы медицинской документации двух групп респондентов со сложными формами поведения при депрессивном эпизоде; отобранные по нижеследующим критериям: снижение или частичный отказ от приёма пищи с изменением его формы и скорости, предпочтительности пищи; минимизация комфортного, поискового и территориального поведения; снижение или временное отсутствие внимания и контакта. Общее число респондентов 30 человек.

Результаты исследования. Среди респондентов групп непрофессионалов стигматизация наименее выражена в группе «Больные». Отмечена слабая корреляционная связь между ведущим аффектом и степенью выраженности депрессивного эпизода. В группе респондентов «Больные» выявлены пять типов внутренней картины болезни, формирующие индивидуальные копинг-механизмы: тревожно-фобический, истероформный, «мистико-архаический», анозогностический и алекситимический. Чем меньше внутренняя картина заболевания совпадает с реальной клинической картиной депрессивного эпизода, тем хуже социальная адаптация больного депрессией и больше выражена степень стигматизации его обществом. Представление больных о своей роли и месте в обществе в первую очередь зависит от их индивидуально-психологических

особенностей, а не от объективной картины болезни. Проблема еще больше усложняется в связи с тем, что включение в исследование депрессивных расстройств психологов, особенно после разработки серии психологических тестов по психодиагностике депрессий и тревоги.

Выводы. Для терапии депрессии также характерна гармоничная обратная динамика депрессивных эпизодов, особенно быстрая и успешная при тоскливом варианте легкого депрессивного эпизода эндогенной природы. Наименьшая эффективность лечения отмечена при апатическом варианте депрессий. Метод депривацией ночного сна (ТДС) в лечении депрессивных расстройств не оказался достаточно эффективным при психогенных депрессиях во всех трёх вариантах и сопровождались «дисгармоничным» вариантом обратного развития депрессивных эпизодов. К факторам, способствующим формированию феномена самостигматизации, относятся личностные особенности больного, тип течения, длительность заболевания, состояние комплайенса, поддерживающая и противорецидивная терапия, качество жизни пациента в болезни, нарушение социального функционирования и социальная дезадаптация. Во всех исследуемых группах и, особенно, в группах непрофессионалов, выявляются архаические взгляды и заблуждения, распространяющиеся на больных депрессией, на депрессию как психическое расстройство в целом, методы её лечения, на права пациента. Пониженное настроение также является базовым проявлением ведущего эмоционального сопровождения реакций, в частности реакции стресса, реакция скуки (монотонии), реакция отвращения, реакция (синдром) эмоционального выгорания, реакция утраты («острого горя»), при которых также можно получить соответствующие показатели по аффективным шкалам. Роль психотравмирующих личностных факторов в обществе в настоящее время не только не уменьшается, а резко возрастает, обрушивая на человека технический, информационный и потребительский «бум», адаптироваться к которому может все меньшее число индивидов, а с ними возрастают проблемы, в первую очередь, психического (психические, поведенческие и личностные расстройства), а с ним и физического (психосоматические и соматические болезни) здоровья, сопровождающиеся и вызывающие аффективные нарушения.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ РЕЦИДИВА БИПОЛЯРНЫХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НА ФОНЕ COVID-19

**Ешимбетова С.З., Сарсембаев К.Т.,
Акназаров С.А., Машуева А.Х.**
Кафедра психиатрии и наркологии
НУО «Казахстанско-Российский
медицинский университет» г.Алматы,
Республика Казахстан
s_zakirovna@yahoo.com

Цель: изучение клинико-динамических особенностей течения биполярных аффективных расстройств на фоне covid-19 и совершенствование лечения.

Материал и методы исследования: проведено амбулаторное наблюдение и клиническое исследование 17 пациентов с биполярными аффективными расстройствами (БАР), у которых дебют или рецидив депрессивных и маниакальных фаз имело место непосредственно перед, вовремя или сразу после перенесенного covid-19. Возраст больных составил от 25 до 56 лет ($34 \pm 5,2$). Среди пациентов превалировали женщины (12:5) по сравнению с лицами мужского пола. В преморбиде пациенты характеризовались психастеническим, астеническим и истерическими типами акцентуации.

Полученные результаты исследования. Изучение характера стрессовых факторов показало, что пусковым механизмом служили факт установление диагноза коронавирусной инфекции (нозогения), страх заболеть ковидной инфекцией (ковитофобия), страх перед ПЦР обследованием, опасения по поводу возможно неблагоприятного или летального исхода, плохого прогноза выявленного заболевания, страх утраты трудоспособности и материальной несостоятельности.

Заболевание начиналось с ведущих тревожных и невротических расстройств укладывающиеся в рамки фобического неврозу с паническими атаками с последующим переходом в генерализованное тревожное расстройство (ГТР) на фоне сквозного астенического синдрома, обусловленного перенесенной коронавирусной

инфекцией. Течение заболевания (БАР) характеризовалось преобладанием депрессивной симптоматики над маниакальными (14:3). У 4 - (23,5%) пациентов с БАР отмечалось легкое, у 9 (53,0%) - средней тяжести и у 4 (23,5%) тяжелое течение инфекционного заболевания. Бессимптомное течение коронавирусной инфекции у пациентов с БАР не отмечено. Клиническая картина депрессивных фаз соответствовали смешанной депрессии с превалированием радикала тревоги и двигательного беспокойства по типу: ажитированной депрессии у 9 – (64,3%), у 3- 21,4% атипичной депрессии с сенестопохондрическими синдромом и депрессии с явлениями навязчивостей у 2- 14,3% пациентов с БАР на фоне коронавирусной инфекции. Клинические особенности маниакальных фаз соответствовали непродуктивной мании (3-17,6%). У всех пациентов БАР с депрессивным полюсом сохранялись объективные критерии эндогенной депрессии, такие как, патологический циркадианный ритм (суточная зависимость настроения), потеря веса от исходной до 5% в течении месяца, вегетативная симптоматика, представленная нестабильностью пульса и показателей артериального давления. Суицидальная опасность: (9-53%), в том числе, пациенты с суицидальными мыслями (6- 42,8%) и с суицидальными попытками (3-21,4%).

Вывод. Нами установлено наличие клинического патоморфоза в течении биполярных аффективных расстройств на фоне covid-19. Клинические особенности биполярного аффективного расстройства характеризуется затяжной динамикой с постепенным началом в виде фобического невроза с паническими атаками с последующим переходом и усложнением симптоматики до уровня генерализованного тревожного расстройства или с нарастанием аффективной симптоматики с превалированием депрессивной симптоматики на фоне сквозного астенического синдрома с вегетативным дефицитом, обусловленной коронавирусной инфекцией.

СОЦИАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПОСТКОВИДНОГО ПЕРИОДА

С.З. Ешимбетова, Н.И.Распопова,
Е.Ю.Прокопова, А.К.Токпанова,
Ж.А.Камалбекова, Т.А.Бакир,
З.И.Салихова, А.В.Сабиргалиев,
Н.М.Алтиев, Г.О.Абдыбаева, Д.М.Мизанбаев
Кафедра психиатрии и наркологии
НУО «Казахстанско-Российский
медицинский университет» г. Алматы,
Республика Казахстан
s_zakirovna@yahoo.com

Цель исследования: изучение социально-демографических и клинических характеристик у больных с психическими и поведенческими расстройствами в постковидном периоде с целью совершенствования лечебно-реабилитационных мероприятий.

Проведен ретроспективный анализ историй болезней пациентов с психическими и поведенческими расстройствами обратившихся за профильной психиатрической помощью в РГКП на ПХВ “Республиканский научно-практический центр психического здоровья” МЗ РК и КГП на ПХВ “Центр психического здоровья” г. Алматы после объявления пандемии covid-19 с апреля 2020 г. по январь 2023 г. Всего изучено 1670 историй болезней больных с психическими и поведенческими расстройствами. Полученные сведения дополняют и углубляют наши знания о роли социально-клинических факторов в клинике отдаленного периода после перенесенного covid-19 у больных психиатрического профиля.

Результаты исследования: за данный период времени в профильные психиатрические учреждения за психиатрической помощью обратились всего 1670 больных: из них 1050 в РГКП на ПХВ “Республиканский научно-практический центр психического здоровья” МЗ РК, 620 в КГП на ПХВ “Центр психического здоровья” г. Алматы. Для дальнейшего изучения отобраны 93 истории болезни пациентов, у которых психические и поведенческие расстройства непосредственно были связаны с перенесенной ковидной инфекцией,

что подтверждалось анамнезом, фактом их госпитализации в инфекционные стационары, положительными результатами ПЦР-анализов. Из общего количества больных- 93, лица женского пола составили 66 (71%) и мужского 27 (29%). Согласно полученным данным, среди всей совокупности обследованных пациентов преобладали лица зрелого возраста (45-59 лет) - 77,9%. Среди лиц мужского пола преобладающее большинство составили лица молодого и среднего возраста 18-59 лет - 81,4%, тогда как среди лиц женского пола относительно чаще встречались пациентки более зрелого возраста 45-59 года - 40,9%. Высокий уровень образования был свойственен всему обследованному контингенту пациентов, причем высшее и незаконченное высшее образование имели 49,4%, что составило преобладающее большинство, тогда как среднее специальное образование 26,9%, среднее и неполное среднее образование 22,6%. Число пациентов с высшим и незаконченным высшим образованием преобладало среди мужчин (55,6%), по сравнению с женщинами (47,0%), а уровень среднего и среднего специального образования преобладал среди женщин (44,3%) по сравнению с мужчинами (40,7%). Подавляющее большинство обследованных лиц, к моменту поступления в психиатрический стационар, не были заняты профессиональной деятельностью по разным причинам - 80,1%. Однако 37,7% - пациентов мужского и 32% - женского пола были трудоустроены.

Клиническая картина постковидных психических и поведенческих расстройств у больных, перенесших covid-19 характеризовалась полиморфностью психопатологической симптоматики и их гендерным различием. Как например, у больных мужского пола превалировал депрессивный (12-44,4%), инсомнический (4-14,8%) и психоорганический синдром с когнитивными нарушениями (4-14,8%), тогда как у лиц женского пола чаще наблюдались тревожно-фобический (26-39,4%) и астенические (15-22,75) синдромы.

Таким образом, настоящее исследование выявило наличие постковидных психических расстройств с полиморфной симптоматикой с превалированием расстройств аффективного спектра преимущественно у лиц женского пола, зрелого возраста, что соответствовало наиболее активному трудоспособному слою населения. Установлено гендерная зависимость клинической картины

постковидных психических расстройств обусловленная превалированием депрессивной симптоматики у больных мужского пола и тревожно-фобической симптоматикой у женщин, что несомненно должно учитываться при составлении терапевтической тактики данному контингенту.

СВЯЗЬ АФФЕКТИВНОГО СОСТОЯНИЯ С ВРЕМЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВОЙ И МОТИВАЦИЕЙ К ОТКАЗУ ОТ ПАВ У ПАЦИЕНТОВ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Ипатова К.А.

Федеральное государственное
бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет имени
академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, Россия
ipatova_k@mail.ru

Введение. В регуляции поведения потребителей психоактивных веществ (далее - ПАВ), как в период активного злоупотребления, так и в период ремиссии, существенную роль играют мотивация и восприятие различных сторон жизни, важнейшими из которых являются актуальная субъективная оценка настоящего и будущего, своих межличностных отношений (Карпова Э.Б. и др., 2020). Длительное и систематическое употребление ПАВ наносит не только серьезный ущерб физическому и социальному благополучию, но также изменяет психологическую сферу человека: происходит деформация личности, претерпевает серьезные изменения мотивационно-потребная сфера, деформируется аффективная сфера личности, формируются поведенческие стереотипы, препятствующие отказу от употребления ПАВ (Земсков Л.Н., 1991). По данным некоторых современных зарубежных исследований (Froiland, J.M. et al., 2020), важную роль в поддержании мотивации к отказу от ПАВ играет временная перспектива личности, а ведущая ориентация на гедонистическое настоящее, является индикатором поведения, связанного со здоровьем. В исследованиях отечественных авторов

(Климанова С.Г., Трусова А.В. и др., 2016), была выявлена взаимосвязь между параметрами временной перспективы и здоровым поведением: ориентация на фаталистическое настоящее может проявляться в безнадежном и беспомощном отношении к жизни, негативной оценке собственного прошлого, что может существенно снижать мотивацию к сохранению ремиссии. В этой связи представляется важным определить предикторы, влияющие на мотивацию к отказу от ПАВ и принятию помощи у пациентов медицинской реабилитации, находящихся на первых этапах формирования терапевтической ремиссии.

Целью настоящего исследования явилось изучение связи аффективного состояния с временной перспективой и мотивацией к изменению поведения у пациентов медицинской реабилитации, находящихся на первых этапах формирования ремиссии и проходящих реабилитацию добровольно и по решению суда.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 120 пациентов с установленным наркологическим диагнозом, проходившие медицинскую реабилитацию в условиях отделения медицинской реабилитации № 1 СПб ГБУЗ «ГНБ». Среди обследованных пациентов – 90 мужчин (75%), 30 женщин (25%). Возраст обследуемых – от 20 до 57 лет. Средний возраст составил 33 года ($M = 33,67$; $\sigma = 7,64$). Группа 1 ($n=50$) пациенты, проходящие реабилитацию добровольно; Группа 2 ($n=70$) пациенты, проходящие реабилитацию по решению суда. В качестве психодиагностических методов выступали : 1) Опросник «Временная перспектива» Ф. Зимбардо, в адаптации Сырцовой А.; 2) Интегративный тест тревожности (Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В.); 3) Методика диагностики уровня социальной фрустрированности Л.И. Вассермана (модификация В.В. Бойко); 4) Шкала «Готовность к изменению поведения и стремления к лечению» W.R. Miller и J.S. Tonigan (SOCRATES). Математический анализ проводился с помощью статистического пакета SPSS 20.0, применялся критерий нормальности распределения Колмогорова-Смирнова, метод корреляции r-Пирсона.

Результаты. Исследование связи мотивации к изменению поведения в отношении ПАВ с аффективной сферой и выраженностью социальной фрустрированности у пациентов, находящихся на первых этапах реабилитации, и проходящих реабилитацию добровольно (Группа1) позволило выявить многочисленные связи.

Наблюдается корреляционная связь компонентов мотивации к изменению поведения в отношении ПАВ и лечению с уровнем социальной фрустрированности по факторам «осознание» ($r=0,351$; $p=0,012$) и «действие» ($r=0,306$; $p=0,031$). Обнаружены слабые корреляционные связи фактора «действие» с эмоциональным дискомфортом личностной тревожности ($r=0,282$; $p=0,05$), и с тревожной оценкой перспектив ($r=0,294$; $p=0,039$). Наблюдается положительная корреляционная связь средней силы компонента мотивации «амбивалентность» с эмоциональным дискомфортом ситуативной тревоги ($r=0,323$; $p=0,022$) и тревожной оценкой перспектив в структуре ситуативной тревоги ($r=0,331$; $p=0,019$).

Были выявлены статистически значимые корреляционные связи временных ориентаций с выраженностью социальной фрустрированности и компонентами тревоги-тревожности. Так, обращает на себя внимание фактор «негативное прошлое» который имеет наибольшее количество положительных умеренных статистически значимых связей со следующими факторами: астенический ($r=0,393$; $p=0,005$) и фобический компоненты ситуативной тревоги ($r=0,451$; $p=0,001$), эмоциональный дискомфорт ($r=0,434$; $p=0,002$), астенический компонент ($r=0,326$; $p=0,021$), фобический компонент ($r=0,388$; $p=0,005$), тревожная оценка перспектив ($r=0,485$; $p\leq 0,0001$) в структуре личностной тревожности. Наблюдается связь «гедонистического настоящего» с эмоциональным дискомфортом личностной тревожности ($r=0,341$; $p=0,015$), «будущего» с социальными реакциями защиты ($r=0,283$; $p=0,046$). Также наблюдалась связь социальной фрустрированности с астеническим компонентом тревоги ($r=0,493$; $p\leq 0,0001$) и тревожной оценкой перспектив ($r=0,319$; $p=0,024$).

Исследование особенностей аффективного состояния и мотивации к изменению поведения в отношении ПАВ и принятию помощи у пациентов, проходящих реабилитацию по решению суда (Группа 2), позволило отметить некоторые связи. Так, наблюдаются положительные корреляционные связи слабой силы компонента мотивации «осознание» с эмоциональным дискомфортом ($r=0,251$; $p=0,036$), фобическим компонентом ($r=0,261$; $p=0,029$) и тревожной оценкой перспектив ($r=0,323$; $p=0,006$), а также слабая корреляционная связь компонента мотивации «амбивалентность» с тревожной оценкой будущего ($r=0,270$; $p=0,024$) в структуре личностной

тревожности. Наибольшее количество корреляционных связей наблюдалось по компоненту «действие», где были выявлены связи средней силы с тревожной оценкой перспектив в структуре ситуативной тревоги ($r=0,346$; $p=0,003$), эмоциональным дискомфортом ($r=0,360$; $p=0,002$), астеническим компонентом ($r=0,243$; $p=0,042$), фобическим компонентом ($r=0,247$; $p=0,040$), тревожной оценкой перспектив ($r=0,375$; $p=0,001$) в структуре личностной тревожности.

Заключение. У потребителей ПАВ, находящихся на первых этапах терапевтической ремиссии и проходящих медицинскую реабилитацию добровольно наблюдалось, что временная ориентация «негативное прошлое» связана с астеническим и фобическими проявлениями в актуальном состоянии, эмоциональным дискомфортом и тревожным ожиданием будущего в структуре личностной тревожности. Выраженность социальной фрустрированности связана с астеническими проявлениями и тревожным ожиданием будущего в текущем состоянии. Наблюдается связь осознания и амбивалентности с уровнем социальной фрустрированности. Готовность к действию связана с выраженностью социальной фрустрированности, эмоционального дискомфорта и тревожным ожиданием будущего.

У потребителей ПАВ, проходящих реабилитацию по решению суда и находящихся на первых этапах ремиссии, не было обнаружено связи временных ориентаций с аффективным состоянием и социальной фрустрированностью. Однако наблюдалась связь компонентов мотивации с текущим эмоциональным состоянием, в структуре которого выражены астенический и фобический компоненты на фоне тревожного ожидания будущего.

Полученные результаты могут иметь прогностическое значение в практике мотивационной и терапевтической работы как с пациентами медицинской реабилитации, как добровольно обратившихся за помощью, так и обратившихся по причине возложенного на них судом обязательства.

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Ирмухамедов Т.Б., Абдуллаева В.К., Рогов А.В.

Ташкентский педиатрический
медицинский институт, Ташкент,
Узбекистан
mr.adibay@mail.ru

Актуальность. Интерес учёных, специалистов в области психиатрии и смежных дисциплин к расстройствам аутистического спектра у детей остается до сих пор актуальным. Исходя из понимания детского аутизма как первазивного расстройства, сегодня аутизм рассматривается как искажение психического развития. В центре внимания специалистов в настоящее время находятся не столько проявления дефицитарности отдельных психических способностей ребенка с расстройствами аутистического спектра, сколько общие закономерности нарушения развития форм его взаимодействия с окружающим миром и, в первую очередь, с близким человеком. В настоящее время достигнут прогресс в понимании природы детского аутизма, благодаря осознанию единой логики нарушения аффективного и когнитивного развития у ребенка (В.Hermelin & N.O'Conner, 2005, Никольская О.С., 2009).

Цель исследования: изучение клинико-психопатологических аспектов поведенческих нарушений у детей с расстройствами аутистического спектра.

Материалы и методы: В ходе работы было обследовано 45 детей с аутистическими расстройствами в возрасте от 5 до 13 лет. В исследовании применялись клинико-психопатологический, клинико-катамнестический методы исследования.

Результаты: Один из более изменчивых диагностических критериев основной группы это - возможность установить глазной контакт, который встречался почти у всех детей от 5 лет до 7 лет, а к 13 годам этот признак был нарушен почти у 65 %. Нарушение формирования речи в виде задержки, наблюдалось у детей с аутизмом в группе от 5-7 лет в 82,7 % случаев. К 13 годам несформированность речи выражалось почти у половины детей. В возрасте до 10 лет стереотипность речевой функции выявлялось у 65,4 % детей. По

течению аутистического процесса у детей наблюдалась следующая картина: непрогредиентное течение составило 52,3 % случаев.

Выводы: Анализируя полученные данные, мы можем сделать вывод о низком уровне социальной адаптации детей с ранним детским аутизмом на момент обращения за психиатрической помощью, обусловленной тяжестью клинических проявлений. Из коммуникативных нарушений чаще всего страдает диалогическая функция речи, т.е. неспособность инициировать или поддерживать разговор. Основываясь на полученных результатах, можно предположить, что поведенческие нарушения, выражающиеся в расстройствах коммуникации, уменьшаются с возрастом.

CLINICAL ASPECTS OF COGNITIVE FUNCTIONING IN CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER

**Irmukhamedov T.B., Rakhmatjonova R.R.,
Ibrahimov Sh. F., Botirov I., Kolotilo K. S.**

Tashkent Pediatric Medical Institute,
Tashkent, Uzbekistan
Department of Psychiatry, Narcology
and Child Psychiatry
mr.adibay@mail.ru

Background: The study of the patterns of mental development is one of the priority areas of research in recent years. Studies that consistently develop this area have shown that the characteristic developmental disorders of all mental functions in childhood autism are associated with primary deficits in the affective sphere.

Objective: The purpose of the study was studying the clinical aspects of social functioning in children with ASD.

Methods and material: Clinical-psychopathological, clinical-catamnestic research methods were used in the study. An adapted questionnaire for parents of children with autistic disorders was used to assess the signs of autism.

Results: An analysis of the clinical and dynamic characteristics of autistic disorders showed gender and age patterns in the development of the process and made it possible to identify common and distinctive features according to the main diagnostic criteria. The most variable

diagnostic criterion from this group - the possibility of establishing eye contact - occurs in all children under 5 years old, and by the age of 12 years it is violated in 75%. Violation of communication with others, manifested by the impossibility of establishing a dialogue and difficulties in the formation of role-playing games, occurs in all children. Speech formation delay is observed in children with autism under 5 years old in 85.7% of cases. By the age of 12, unformed speech remains pronounced in half of the children. At the age of 12 years, speech stereotypes are detected in 71.4% of children. In autistic disorders in children, a non-progredient course prevails - 63.3%. Continuously sluggish course of the process was registered in 24.6% of cases.

Conclusion: Analyzing the data obtained, we can conclude that the level of social functioning of children with autism is low, which requires the organization of treatment and rehabilitation recommendations.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С УЧЁТОМ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ

Искандарова Ж.М.

Ташкентский педиатрический
медицинский институт
jiskandarova10gmail.com

Актуальность проблемы фармакотерапии эмоциональных нарушений у больных параноидной шизофренией с учётом гендерных особенностей вызвана трудностью диагностики данной патологии, резистентностью депрессивной симптоматики к терапии, проблемами социального функционирования и психосоциореабилитации больных (Александров А.А., Балашова Т.Н., 2000). В литературе поддерживается общая точка зрения об отличиях в частоте выявления аффективной патологии при психических расстройствах эндогенного генеза у женщин и мужчин, однако качественных различий в формировании эмоциональных симптомокомплексов не выявлено (Антохин Е.Ю., 2010). В существенно меньшей степени представлены данные по гендерным особенностям структуры аффективной патологии и социально-психического функционирования больных, роли адаптационного потенциала личности

(Шатайло Н.А., 2013). Научные исследования по оптимизации психодиагностических методов отличаются разноплановостью и отсутствием единого подхода к выявлению риска развития суицида у данного контингента больных, в формировании которого ведущее значение нарушениям в эмоциональной сфере (Matveeva A.A., 2020).

Цель исследования: изучить особенности фармакотерапии аффективной патологии у женщин и мужчин с параноидной шизофренией для улучшения медико-психологической помощи данному контингенту больных с целью оптимизации психотерапевтической тактики.

Материалы и методы исследования: в исследование были включены 30 женщин и 48 мужчин с тревожно-фобическими и депрессивными расстройствами шизофренического спектра, находившихся на стационарном лечении в психиатрической больнице. Дизайн исследования состоял из трёх этапов. На первом этапе проводился отбор пациентов с параноидной шизофренией, верифицированной сотрудниками кафедры психиатрии Ташкентского педиатрического медицинского института. Применялись ведущие методы исследования- клиничко-психопатологическое, клиничко-катамнестическое. На втором этапе проводили экспериментально-психологическое исследование. В ходе исследования для оценки выраженности депрессии и тревоги применялись шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (HDRS, HARS), а для определения уровня тревожности - опросник тревожности Спилбергера-Ханина. На третьем этапе собранные результаты исследований подвергли статистической обработке. При изучении материала, помимо подробных клинических историй болезни, на всех больных заполнялись стандартизированные карты формализованной оценки основных клинических и клиничко-патогенетических параметров заболевания, необходимых для проведения статистического анализа. Всем пациентам проводилась лечение психотропными перпаратами- атипичными антипсихотиками (оланзапин) и современными антидепрессантами из класса СИОЗСН (венлаксин).

Результаты и обсуждения: из 78 обследованных больных у 58% диагностирована параноидная шизофрения с непрерывным типом течения F-20.00, у 42% обследованных - параноидная шизофрения с эпизодическим типом течения F-20.01. Инициальный этап

параноидной шизофрении приходился на период дебюта заболевания в возрасте 30-35 лет отличался средне-прогредиентным течением с постепенным формированием дефекта в эмоционально-волевой сфере и снижением энергетического потенциала личности. В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожно-депрессивных расстройств различной степени выраженности у 98% пациентов, при этом проявления тревоги были отмечены у 94% исследуемых, депрессии различных степеней тяжести – у 55% обследованных; более чем у половины пациентов было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 36% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10% пациентов – констатировалась выраженная тревога. Тревожные расстройства у наблюдаемых пациентов усиливались в вечернее время, отличались длительностью протекания, стойкостью и коморбидностью с депрессивными нарушениями. На фоне тревожных расстройств у большинства обследуемых лиц женского пола отмечалось склонность к формированию суицидальных мыслей актуального характера с планированием и подготовкой к заранее обдуманного самоубийства. У лиц мужского пола тревожная симптоматика сочеталась с развитием дисфорических состояний с включениями импульсивности, агрессивности и делинквентности. Клиническое оформление тревожной патологии в гендерном аспекте отличалось в основном различиями как в уровне тяжести степени тревожности, так по преобладанию ведущего симптома в картине заболевания.

Гендерные различия в тяжести депрессивной симптоматики распределились следующим образом: у мужчин депрессия легкой степени была выявлена в 68% случаев и в 31% случаев диагностирована депрессия средней степени тяжести, а у женщин депрессия средней степени тяжести встречалась чаще – в 70% случаев, депрессия легкой степени выявлена у 29% больных. Клинические проявления эмоциональной сферы у мужчин отличались большей представленностью дисфорических состояний с включениями гипоманиакальной симптоматики гневливого характера. По результатам, полученным после выхода больных из депрессии, каждая из сопоставляемых групп обнаружила свои особенности по показателю личностной самооценки: для большинства больных параноидной

шизофренией с непрерывным типом течения была характерна заниженная самооценка, для группы больных с параноидной шизофренией с эпизодическим типом течения наблюдалась завышенная самооценка. Гендерные особенности аффективных нарушений у женщин преимущественно были представлены депрессивной симптоматикой тяжелой степени клинических проявлений со склонностью к суицидальным тенденциям и формированию идей самообвинения и самоуничижения. Структура аффективной патологии была представлена гипотимией с тревогой, ипохондрической фиксацией на своих переживаниях, выраженным замедлением мышления и движений, пессимистической оценкой своего будущего, только лишь у 7 пациентов зафиксирован смешанный тревожно-тоскливый аффект. Практически у всех наблюдаемых пациентов в результате психологического обследования были выявлены специфические симптомы, характерные для шизофренического процесса, а именно, как снижение избирательности познавательных процессов (актуализация необычных, нестандартных, латентных свойств и отношений предметов, перцептивных образов, речевых связей), тенденция к широким обобщениям, символичность и необычность опосредованных образов, особый когнитивный стиль, связанный с высоким уровнем абстрактности, креативностью, выбором нестандартных стратегий при решении мыслительных задач. Пациентки стремились к совершенству, отличались склонностью к перфекционизму, предъявляли чрезмерно высокие требования к собственной личности и результатам своей деятельности, нереалистичный, завышенный характер целей, требований к себе приводил к формированию чувства вины как следствие стремления быть совершенной и невозможности реализовать его. Так же была выявлена такая черта характера, как склонность к патологическому фантазированию и мечтательности (демонстрация большего благополучия, чем это есть на самом деле), которая, в свою очередь, обуславливала завышенную самооценку. Развитие депрессии оказывало негативное влияние на работоспособность, на отношение к семье, самооценку, адаптацию в социуме. Для всех обследованных характерным было значительное снижение показателей физического здоровья, больные отмечали неспособность справляться с обычными физическими нагрузками, увеличением количества времени, затрачиваемого на

выполнение своей работы, трудности и ошибки в работе. Исследование депрессивной симптоматики с учётом ведущего клинического симптома выявило преобладание тревожных депрессий у женщин, а у мужчин преимущественно встречались дисфорические и астено-апатические депрессии с ипохондрическими включениями. Изменения в эмоциональной сфере способствовало формированию значительных затруднений у больных в процессах адаптации в условиях быстро меняющегося социума, нарушению адаптационного потенциала личности, утраты прежних связей, трудности в межличностных взаимоотношениях. Следует отметить, что у мужчин статистически значимо преобладала социально-психологическая дезадаптация в профессиональной деятельности и в трудовом аспекте, а у женщин достоверно чаще регистрировались значительные затруднения в установлении межличностных взаимоотношений в семейно-бытовой сфере. Всем обследуемым пациентам проводилась психофармакотерапия нейрорептиком современного класса оланзапин в максимальной суточной дозе -10мг. А также назначался современный антидепрессант из класса СИОЗСН- венлаксин в дозе 75-150 мг в сутки в зависимости от степени тяжести депрессивной симптоматики. У всех респондентов наблюдался положительный терапевтический ответ на проводимое лечение.

Выводы. Таким образом, установлено, что в клинических проявлениях параноидной шизофрении женщины страдают аффективной патологией в 2 раза чаще, чем мужчины, более склонны к депрессивным состояниям средней тяжести, уровень тревоги у них очень высокий; у мужчин патология эмоциональной сферы характеризуется депрессивно-дисфорическими состояниями с преобладанием дистимических и апатических включений, а также гипоманиакальных синдромов. Анализ нарушений социально-психологического функционирования больных параноидной шизофренией с учётом гендерных особенностей, определил преобладание снижение адаптационных возможностей в профессионально-трудовой деятельности у мужчин, а у женщин – в микросоциальной среде семейно-бытовых отношений. Полученные результаты исследования способствуют раннему выявлению патологии эмоциональной сферы у больных параноидной шизофренией и профилактике социально-психологической дезадаптации личности.

РОЛЬ СЕМЬИ В ФОРМИРОВАНИИ ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИИ

Исканжанова Н. И.¹,
Бабарахимова С. Б.²

Городской детский психоневрологический центр¹
Ташкентский педиатрический медицинский институт²
Ташкент, Республика Узбекистан.
sayorababaraximova2010@gmail.com

Актуальность исследования интернет-зависимого поведения у подростков обусловлена ростом числа интернет-аддикции среди детско-подросткового контингента населения земного шара. Согласно данным российских исследователей (С. Минухин 2014, Н.Л. Москвичева 2015), семейная дисфункция оказывает влияние на возникновение нарушений в поведении детей, предоставляя модели для развития аддиктивного, в том числе и интернет зависимого поведения. По оценкам зарубежных исследователей (Rosenberg O., 2013) риск формирования нехимических зависимостей имеет около 10 % популяции. В связи с ростом научного прогресса и более обширного влияния информационных технологий на современное общество возникает проблема предупреждения отрицательных последствий на психику наиболее подверженных влиянию слоев населения - детей и подростков, у которых уход в «виртуальный мир» сопровождается полной отрешенностью от реальной действительности и делинквентным поведением (Пережогин Л.О., 2015). Создатели кибер-игр в погоне за баснословными прибылями не учитывают всей опасности сложившейся ситуации, разрабатывая всё более усложненные и рискованные варианты компьютерных программ, приводящих к массовой дезадаптации кибергеймеров в параметрах ориентированных в условиях местности компьютерных игр (Малыгин В.Л., 2016). По мнению Пережогина Л.О., 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). Все эти факторы носят выраженный социальный характер. 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 и воспитывающиеся в деструктивных семьях (Пережогин Л.О., 2016).

Цель исследования: изучить влияние стилей родительского воспитания и эмоционального климата семьи на формирование интернет-зависимого поведения у детей и подростков с учётом их личностных особенностей для оптимизации психопрофилактики и психокоррекционной помощи данному контингенту населения.

Материал и методы исследования: объектом для исследования было выбрано 40 посетителей интернет-клубов и интернет-кафе в возрасте от 10 до 16 лет; специально разработанная анкета, созданная сотрудниками кафедры психиатрии совместно с клиническими и социальными психологами, содержала перечень психологических тестов-вопросов, для выявления факторов риска формирования интернет-аддикции. Для диагностики параметров семейной системы был использован опросник «Шкала сплоченности и гибкости семейной системы» (Д. Олсон, Д. Портнер). В процессе экспериментального психопатологического исследования для определения эмоционального статуса использовали «Госпитальную шкалу тревоги и депрессии» (HADS) и опросник тревожности Спилбергера-Ханина, а для выявления типологических особенностей личностей подростков применялся тест Шмишека-Леонгарда.

Результаты и их обсуждения: в ходе исследования обнаружено, что между определенными параметрами семейных взаимоотношений и склонностью к интернет-аддиктивному поведению существует прямая корреляционная взаимосвязь. Большинство обследованных детей и подростков были из семей, которые имели дисфункциональные семейные отношения. В результате анкетирования основную массу опрошенных 90% составили мальчики-подростки. Из них 60% опрошенных увлеклись компьютерными играми в возрасте 9-12 лет, 25% опрошенных – в 13-14 лет, и лишь 15% подростков начали играть в компьютерные игры в возрасте 15 лет. Путем анкетирования среди этих лиц была выявлена группа

социально запущенных подростков. Среди них 15% росли в неполной семье, 25% - в социально неблагополучной семье, 30% исследуемых имели проблемы в общении и установлении новых социальных связей. У 53% обследованных была выявлена наследственная отягощенность алкоголизацией родителей (одного из родителей) или отягощенность психической патологией, что в свою очередь обусловило конфликтные взаимоотношения в семье, несоблюдение нравственно-социальных норм поведения в семье и неудовлетворительные материально-бытовые условия. В ходе исследования выявлены подростки, воспитывающиеся в дисфункциональных 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. Анализ полученных данных установил 26% 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 неправильным экстремальным типом воспитания, которое ведет к нарушению функционирования семейной системы, появлению кризиса в межличностных взаимоотношениях. При таком типе в семейных отношениях отсутствуют четкие правила, в частности, семья лишена каких-либо правил. Каждый получает полную свободу без обязательств перед остальными членами семьи. Подросток в такой семье растёт в условиях эмоциональной депривации и дефицита внимания и любви со стороны родителей, предоставлен сам себе и в силу своей личностной незрелости подвержен пагубному влиянию кибернетической среды Интернета. В связи с этим усиливается попустительство со стороны родителя, воспринимаемое индивидом в детстве как данность, который, будучи взрослым, транслирует точно такое же поведение в собственной семье, повторяя и копируя модели поведения родителей. При амбивалентном типе семейных отноше-

ний высокая степень свободы, абсолютно лишённой ответственности, соединяется с полным отчуждением между членами семьи, приводя к формированию акцентуации характера по шизоидному и неустойчивому типу. Эти уровни свидетельствуют о наличии кризиса в семейной структуре. В результате импульсивного поведения родителя у ребёнка могут блокироваться положительные эмоции, вследствие чего потребность в хорошем настроении вызывалась искусственным путем, в частности посредством формирования компьютерной игровой зависимости, которая обладает аддиктивным потенциалом и усиливает выработку серотонина в мозгу. 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 обуславливает 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% опрошенных. У 9,5% подростков тестирование по шкале HADS выявило клинически выраженную тревогу и депрессию. 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 Шмишека-Леонгарда 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. Среди всех обследованных установили: демонстративный тип личности у 6 подростков (9%), застревающий тип личности – у 20 подростков (30%), шизоидный тип в 56% случаев (38 обследованных), тревожно-боязливый тип - у 4 подростков (5%). Для обследуемых подростков характерными были частые уходы из дома, рассеянность, отмечалось наличие импульсивности в поступках, склонность ко лжи, нарушение поведения, резкая смена эмоций в их крайнем проявлении, нежелание учиться, отсутствие полноценного сна. Некоторые подростки отмечали наличие сновидений со сценами из компьютерных игр, навязчивые мысли об игре. У этих подростков отсутствовал эмоциональный и поведенческий самоконтроль. В ряде случаев у подростков с индивидуализированной формой зависимости отмечалась астения, безразличие ко всему, что не касается его увлечения, пропуски уроков, снижение успеваемости. Поведенческие нарушения у лиц с компьютерной игровой зависимостью проявлялись в виде патохарактерологических реакций оппозиции и протеста, демонстративно-шантажным суицидальным поведением в результате внутриличностных конфликтов, нарушения межличностных взаимоотношений со сверстниками, педагогами, родителями. У подростков формировались нарушения в адаптационной приспособляемости в быстро изменяющихся событиях в реальной жизни и социуме.

Выводы: проведенное исследование влияния стилей родительского воспитания на особенности развития интернет зависимого поведения установило, что на формирование интернет-аддикции у детей и подростков важная роль принадлежит воспитательному значению семьи. Из социально-психологических факторов выявлена склонность к интернет-аддикции подростков с застревающими и шизоидными чертами характера, у которых отмечается высокий уровень тревожности и наличие клинически выраженной депрессии. Тревно-депрессивные расстройства являются ведущими в клинической картине зависимости и усиливаются по мере развития интернет-аддикции, приводят к уязвимости в развитии эмоциональной саморегуляции, неспособности справляться со стрессовыми ситуациями, развитию выраженных астено-депрессивных состояний и патологического формирования личности.

Полученные данные свидетельствуют о том, что необходимо проводить психопрофилактические мероприятия с родителями подростков, психокоррекционную работу с детьми и подростками из группы риска для предупреждения возникновения и формирования зависимости от компьютерных игр и социальных сетей и сообществ.

КОНТРАСТНАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ И ГЛАЗНОЙ МИКРОТРЕМОР В НОРМЕ И ПРИ ШИЗОФРЕНИИ С ГАЛЛЮЦИНАТОРНОЙ И БРЕДОВОЙ СИМПТОМАТИКОЙ

**А. В. Карлова¹, З.Т. Гусейнова²,
И.С. Ляпунов³, С.И. Ляпунов³,
М.В. Иванов², И.И. Шошина¹**

Научный руководитель И.И. Шошина¹,
доктор биологических наук

¹Санкт-Петербургский государственный университет

²Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева ³

Институт общей физики им. А.М. Прохорова РАН

Первичный этап обработки зрительной информации обеспечивается магноцеллюлярной нейронной системой, отвечающей за глобальный анализ зрительного поля и чувствительной к низким пространственным и высоким временным частотам, и парвоцеллюлярной нейронной системой, ответственной за локальный анализ визуальной информации и чувствительной к высоким пространственным и низким временным частотам (Milner A.D., 2017). Регистрация контрастной чувствительности зрительной системы в различных диапазонах пространственных частот используется для оценки активности магно- и парвоцеллюлярной нейронных систем. Согласованная работа данных систем обеспечивает целостность восприятия и взаимосвязана с высшими психическими процессами (Shoshina I.I. et al., 2021). Согласно теории треморно-модуляционного сигнала в зрительной системе (Кубарко А.И. и др., 2009), контрастная чувствительность взаимосвязана с характеристиками треморных движений глаз. Микротремор глаз относится к высокочастотным фиксационным движениям глаз с подкорковым и корковым уровнями управления (Lyapunov S.I., 2017). Регистрация глазного микротремора в настоящее

время находит применение в зарубежной клинической практике для оценки глубины анестезии и прогнозирования выхода из комы (Volger C. et al., 1999). Предположительно показатели контрастной чувствительности и микротремора глаз могут выступать в качестве надежных маркеров функционального состояния центральной нервной системы и состояния сознания как такового.

В исследовании приняли участие больные шизофренией с выраженной галлюцинаторной и бредовой симптоматикой, а также здоровый контроль без психоневрологических нарушений в анамнезе. Функциональное состояние магно- и парвоцеллюлярной систем оценивали с помощью визоконтрастометрии при предъявлении элементов Габора с пространственными частотами от 0,2 до 10 цикл/град. Параметры микротремора глаз регистрировали с помощью специально разработанной оптической системы (Луарупов S.I., Shoshina I.I., Луарупов I.S., 2022). Программно рассчитывали частоту и амплитуду микротремора.

Установлены статистически значимые различия в контрастной чувствительности между участниками с галлюцинаторной и бредовой симптоматикой по сравнению со здоровым контролем в диапазоне высоких пространственных частот, к которым специфичны нейроны парвоцеллюлярной системы. Данные свидетельствуют о снижении активности этой системы у пациентов исследуемых групп, соответственно, доминировании активности магноцеллюлярной системы. Также показаны значимые различия частоты и амплитуды микротремора глаз у пациентов с бредовой и галлюцинаторной симптоматикой в диапазоне 70-100 Гц, различия в амплитуде тремора даже в несколько более широком диапазоне частот от 60 до 110 Гц. При сравнении со здоровым контролем значимые различия установлены с обеими группами пациентов в диапазоне частоты тремора 100-110 Гц. Пациенты с бредовой симптоматикой различались со здоровым контролем и по амплитуде тремора глаз в частотном диапазоне от 40 до 110 Гц.

Таким образом, характеристики микротремора глаз у пациентов с выраженной галлюцинаторной и бредовой симптоматикой значительно отличались между собой и в сравнении с психически здоровыми испытуемыми. Показатели контрастной чувствительности у групп пациентов свидетельствуют о нарушении согласованной работы магноцеллюлярной и парвоцеллюлярной систем.

ИМПУЛЬСИВНОСТЬ В КОНТЕКСТЕ ПЕРЕХОДА ОТ СУИЦИДАЛЬНЫХ МЫСЛЕЙ К СУИЦИДАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ

**Р.В. Кашавкин, Д.В. Труевцев,
Е.В. Гуткевич**

Национальный исследовательский
Томский государственный университет, Томск, Россия
Московский государственный
психолого-педагогический университет, Москва, Россия
Томский национальный исследовательский
медицинский центр Российской академии наук
Научно-исследовательский
институт психического здоровья
plus2flaky@gmail.com
truevtsev@list.ru
gutkevich.elena@rambler.ru

Современные зарубежные психологи сходятся во мнении, говоря о важности боли и безнадёжности, как ключевых факторах перехода от суицидальных мыслей к суицидальному поведению. Однако фактор способности, который включают в свои концепции Т. Джойнер и Д. Клонски, кажется более неоднозначным, так как он противоречит возможности совершения спонтанного суицида под действием эмоционального импульса, или в так называемым остром состоянии аффекта, в котором человек с минимальными суицидальными мыслями начинает проявлять суицидальное поведение в течение короткого промежутка времени (Сыроквашина К. В., 2017). Т. Джойнер утверждает, что фактор способности требует времени для полной готовности человека совершить самоубийство, и поэтому отрицает потенциальное наличие импульсивности в процессе перехода от суицидальных мыслей к суицидальным действиям, что кажется спорным в связи с существованием множества случаев, в которых человек, который никогда серьёзно не планировавший суицид, спонтанно приходит к попытке его совершения под действием сильного негативного импульса, получившего совсем недавно.

В связи с этим видна необходимость рассмотреть фактор импульсивности в перспективе перехода от суицидальных мыслей к

суицидальному поведению, потому что людям, которые способны совершить спонтанный суицид под влиянием негативного эмоционального импульса сложнее всего помочь и предотвратить их суицидальные действия. Причём суициду под влиянием данного импульса может быть подвержен любой человек, никогда не задумывавшийся о суициде, или даже негативно относящийся к нему, как к феномену. Став жертвой сильного негативного эмоционального импульса, он перестаёт владеть собой на все сто процентов. Он не способен мыслить рационально и стремиться выбраться из ужасного душевного состояния, дающего ему лишь страдания, впоследствии не находя другого выхода, кроме самоубийства.

Цель исследования – изучить и установить существенность влияния импульсивности в переходе от суицидальных мыслей к суицидальному поведению. Гипотеза исследования предполагает, что любой переход от суицидальных мыслей к суицидальному поведению включает в себя процесс разжигания и имеет возможность стремительного прохождения под влиянием эмоционального импульса, вызванного мощным негативным триггером. Для подтверждения данной гипотезы использовали модифицированный опросник Рори О’Коннора для опроса людей, намеренно подвергших себя высокому риску для жизни (возможно в состоянии мощного эмоционального аффекта), и/или переживших суицидальную попытку.

Для решения проблемы и доказательства гипотезы были рассмотрены понятия импульсивности и процесса разжигания. Важность последнего стала ясна в ходе исследования, ведь с его помощью можно отлично описать ситуацию, в которой переход от суицидальных мыслей к суицидальным действиям способен проходить спонтанно. При этом импульсивное суицидальное поведение ничем не отличается от аффективного суицидального поведения по основным признакам обоих понятий. Они схожи между собой, так как аффект – это кратковременная, ярко протекающая, положительно или отрицательно окрашенная эмоциональная реакция, что и можно назвать действием под влиянием сильного эмоционального импульса. Далее определили импульсивное суицидальное поведение как то, которое совершается на пике эмоций на фоне острого психотравмирующего события, может служить «последней каплей» и вызывать негативные эмоции, от которой «сужают» восприятие

действительности. Суицидальные действия при этом реализуются реактивно, по типу «короткого замыкания» (Бибчук М. А. и др., 2019). Импульсивность можно описать как непродуманное и быстрое принятие решений и их реализацию без какого-либо предварительного размышления. Есть более или менее импульсивные лица и те, для кого это состояние является серьезной психосоциальной проблемой, поскольку влечет за собой крайне неприятные последствия как для самого человека, так и для других людей, к примерам которых мы и относим суицид (Короленко Ц. П. и др., 2015).

Процесс разжигания предлагается как аналогия повышения стрессочувствительности, которую можно наблюдать в ситуациях расстройств настроения у человека. Поэтому в начале изучение процесса разжигания было совмещено с исследованием повышения стрессочувствительности вследствие прошлых травматических событий у солдат-новобранцев. Однако, несмотря на прямую связь между данным исследованием и процессом разжигания позже выяснилось, что основной разницей между повышением стрессочувствительности вследствие травматического опыта и процессом разжигания заключается в том, что в перспективе данного процесса рассматриваются не только крупные, травмирующие человека события прошлого, но и незначительные негативные ситуации и триггеры, такие как, например, колкая шутка близкого человека (Monroe S. M., 2005). В связи с тем, что частота подобных триггеров в течение жизни гораздо больше, чем в ситуациях, когда человек находится в психологически нестабильном и уязвимом состоянии и из-за большого объёма негативных эмоций и внутренней боли он уже истощён от жизни, даже незначительный стрессор, пополняющий чашу всех накопленных за прошлый опыт триггеров, способен вызвать у него депрессивное состояние и впоследствии вызвать суицидальное поведение (Bandoli G., 2017). Это происходит потому, что в пике эмоционального кризиса человек подвержен так называемому «самонакручиванию», заключающемуся в воспоминании пережитых мелких негативных событий и «раздувании» их, часто с помощью придачи им большего негативного значения, чем они на самом деле не имеют. Так эти триггеры ухудшают состояние человека ещё больше, потому что он начинает думать, что причина, которая заставляет его страдать в настоящий момент на самом деле сопровождала его на протяжении его жизни. Эти размышления

заставляют человека думать, что ему не получится избавиться от того, что причиняет ему боль или справиться с ним, что в последствии сильно увеличивает чувство безнадежности.

Вовлеченность факторов импульсивности и разжигания в переходе от суицидальных мыслей к суицидальному поведению можно описать на примере фрагментов из романа Л. Н. Толстого «Анна Каренина». В основном рассматривалась седьмая часть романа и тридцать первая её глава. Так, в последние минуты своей жизни, сильнейший негативный триггер, вызванный письмом Вронского, ломает Анну, растворяя в её сознании всё, что происходит вокруг и оставляя только боль. Анна думает об этом письме, как о единственной вещи, способной дать ей надежду и тем самым спасти её от внутренних страданий, ведь в нём должен быть ответ возлюбленного на её крик о помощи. Она писала ему: *«Я виновата. Вернись домой, надо объясниться. Ради Бога, приезжай, мне страшно»*, но в ответ получает два сухих, бесчувственных предложения, написанных небрежным почерком: *«Очень жалею, что записка не застала меня. Я буду в десять часов»*.

Данная ситуация является спусковым крючком для Анны и делает её беспомощной по отношению к действию, вызванному ситуацией сильнейшего эмоционального импульса. Он поражает Анну и не даёт ничему вокруг остановить её, приводя её в движение и отправляет на поиски первой возможности лишиться бесконечной боли, освободив себя от жизни. Она видит поезд и в миг понимает, что ей нужно, не думая ни о чём другом, кроме замеченной возможности остановить страдания. С этого момента выйти из-под влияния импульса, осознать и пожалеть о том, что она делает, ей удаётся лишь тогда, когда это уже поздно, как это обычно и происходит среди людей, совершивших попытку суицида – за секунду до смерти. Даже счастливые воспоминания жизни, которые в миг пролетают перед её глазами, не справляются с предотвращением запрограммированных импульсом действий.

В работе был предложен вариант собственной модели данного перехода, в которой наглядно задействуются эмоциональный импульс и процесс разжигания. Модель представляет образ стакана с водой, который содержит в себе несколько компонентов: различные негативные воспоминания, кнопку, находящуюся на дне стакана, способную активировать процесс эмоционального накручивания, и

черту отметки грани, ниже которой вода в модели не должна опуститься, чтобы человек не совершил суицид. Помимо этого, модель стакана в определённый момент начинает включать в себя факторы боли и чувства безнадежности, вызванные негативными жизненными ситуациями, с которыми сталкивается человек.

Выборка исследования составила 260 человек, подтвердивших, что они являются совершеннолетними и внимательно ответили на все вопросы опросника. Модификацией исходного опросника стали несколько добавленных вопросов, направленных на выяснение роли импульсивности, по мнению опрашиваемого, в его опыте перехода от суицидальных мыслей к суицидальному поведению (Ласовская Т. Ю., Короленко Ц. П., Яичников С. В., 2014). Данные вопросы не измеряют суицидальный риск человека в данный момент, как оригинальные вопросы опросника, а имеют цель уточнения и выявления тенденций импульсивности в действиях человека, основываясь на основных её проявлениях, а также уровень риска суицида, который оцениваемая импульсивность, вероятно, повысила. Опросник был распространён между студентами ТГУ (в том числе, факультета психологии) и по сообществам Вконтакте людей с пограничным и биполярным расстройством личности, а также людей с признаками активного суицидального мышления и депрессии. Таким образом может возникнуть возможность переоценить суицидальный риск в кризисных состояниях человека в прошлом для разработки дальнейшей, более эффективной стратегии предотвращения повторного суицидального поведения.

Статистический анализ результатов показал следующее: корреляцию между шкалой «Entrapment» – состояние нахождения в ловушке (СНВЛ) Рори О'Коннора и шкалой суицидального поведения Ласовской Т. Ю., т.е. связь между состоянием нахождения в ловушке и суицидальным поведением; существует проверенная с помощью критерия t-теста и подтверждённая гипотеза о прямой связи между шкалой СНВЛ Рори О'Коннора и отдельными вопросами составленной нами авторской шкалы импульсивности; проверенную корреляцией между вопросами шкалы СНВЛ Рори О'Коннора и результатами шкалы импульсивности Барратта связь между импульсивностью и суицидальным поведением.

Данные результаты, подтверждают нашу первоначальную гипотезу о значимости импульсивности в процессе перехода от

суицидальных мыслей к суицидальному поведению, а также показывают валидность созданной нами модели переполненного стакана с возможностью наличия импульсивности, как значимого фактора при переходе от суицидальных идеаций к суицидальному поведению. В перспективе данный вывод даёт возможность разработки новых профилактических методик суицида.

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ В РАЗНЫЕ ПЕРИОДЫ ЖИЗНИ

Кдырбаева Ф.Р.

Центр развития профессиональной
квалификации медицинских работников
г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить распространённость стоматологических болезней, причину возникновения и их прогрессирования в зависимости от возраста ребенка.

Материалы и методы. В детской стоматологической поликлинике было проведено анкетирование родителей куда были включены следующие вопросы: по питанию самой беременной, питанию детей и гигиены полости рта у детей. Проведен анализ стоматологических заболеваний у детей с рождения до 18 лет, обращавшихся по тем или иным вопросам. По возрасту они были поделены с 0 до 2 лет, с 2-4 лет, с 4 -8 лет, с 8-12 лет и с 12-18 лет.

Результаты. По окончании исследования, было выявлено, что у 50% матерей во время беременности в рационе превалировала углеводистая пища. 20% матерей кормили грудью до 2-х летнего возраста, у таких детей отмечалась эрозия эмали зубов. Обучали своих детей гигиене зубов в возрасте от 2 до 4 лет 30% матерей и приучали детей в возрасте от 4- 8 лет к гигиене зубов 50% матерей. В возрасте от 9 до 12 лет консультировали детей у отоларинголога 40% матерей. В рационе питания у детей в 70% входили сладости, газированные напитки. По данным регистрации стоматологических заболеваний у 40% детей в возрасте от 0 -2 лет превалирует эрозия эмали фронтальных молочных зубов. Распространенность кариеса в возрасте от 2лет до 4 лет в 60%, с 4 лет до 8 лет у 70%, с 8 до 12 лет

у 50% детей кариес постоянных зубов, патологические виды прикусов и наличие воспалительных заболеваний лор органов. В возрасте от 4 до 8 встречались осложненные виды кариеса (пульпиты и периодонтиты). С 8 до 12 лет превалировал кариес постоянных зубов. С 12 лет до 18 лет у 60% превалировало заболевание пародонта. Причиной распространенности таких заболеваний как осложненные виды кариеса зубов, эрозии эмали и нарушения прикуса по данным анкетирования явились: во время беременности приём углеводистой пищи, позднее введение прикормов обогащенных микроэлементами, несоблюдение гигиены полости рта у детей, нет профилактических осмотров отоларинголога, не обучали детей правильному пережевыванию пищи.

Выводы. Таким образом, анкетирование и осмотр карт показали необходимость обучение родителей по вопросам питания ребенка, раннего приучение гигиене полости детей и своевременному консультирования у отоларинголога с целью профилактики патологии прикусов и заболеваний зубов у детей.

**УМУМТАЪЛИМ МАКТАБЛАРИНИНГ ЮҚОРИ 9-11 СИНФ
ЎҚУВЧИЛАРИ БИЛАН “МУЗОКАРАЛАР
МАЙДОНЧАЛАРИ” НИ ЎТКАЗИШ**
(Самарқанд вилояти мисолида)

**Кенжаева Н.К., Хусанов И.Я.,
Кенжаева Д.К.**

Республика ихтисослаштирилган
наркология илмий-амалий тиббиёт
марказининг Самарқанд вилояти
минтақавий филиали

Кириш. 2019-2021 йилларда наркология маркази мутахассислари томонидан вояга етмаганлар томонидан гиёҳвандлик воситалари ва бошқа психофаол моддаларни истеъмол қилишнинг олдини олишга қаратилган умумтаълим мактабларининг юқори 9-11 синф ўқувчилари танлаб олиниб, вояга етмаганларини жалб этган ҳолда “Музокаралар майдончалари” ўтказилди.

Мазкур тадқиқотнинг мақсади: Бу усул ёрдамида кўнгилли ёшларнинг гиёҳвандликка қарши ҳаракатини шакллантириш, ривожлантиришни рағбатлантириш ва уларнинг фаолиятини давлат томонидан қўллаб-қувватлашга эришиш.

Материаллар ва усуллар. Самарқанд вилояти Самарқанд шаҳри ҳудудида жойлашган умумтаълим мактабларининг юқори 9-11 синф ўқувчилари танлаб олиниб, уларга филиалнинг тиббий психологи, наркологлр ҳамда умумтаълим мактаблари педагоглари ҳамкорлигида жамоа тузилиб, музокаралар майдончалари ташкил этилди. Тадқиқотда клиник-эпидемиологик, ижтимоий-гигиеник, статистик усуллардан фойдаланилди.

Натижалар ва уларнинг муҳокамаси. 2019-2021 йилларда наркология маркази мутахассислари томонидан вояга етмаганлар томонидан гиёҳвандлик воситалари ва бошқа психофаол моддаларни истеъмол қилишнинг олдини олишга қаратилган умумтаълим мактабларининг юқори 9-11 синф ўқувчилари танлаб олиниб, вояга етмаганларини жалб этган ҳолда “Музокаралар майдончалари” ўтказилди. Тадбирларда қуйидаги шиорлардан фойдаланилди: “Биз ҳаётни танлаймиз!”, “Биз келажакни танлаймиз!”, “Инсон бўлиб қолайлик!”, “Бунинг учун биз ўзимиз ва бошқалар учун жавобгармиз”, “Фаол ёшлар соғлом-турмуш тарзини шакллантиради”, “Келажакка бефарқ бўлманг”, “Биз - спортни севамиз”, “Танлов - ўзингни қўлингда”, “Ёшлар – соғлом ва гўзал ҳаётни танлайди”, “Мен овқатланиш маданиятига риоя қиламан”. Тадбирларда 510 нафар вояга етмаганлар иштирок этди, улардан 25 нафари Ички ишлар бошқармасининг Самарқанд шаҳри бўйича вояга етмаганлар бўлимида рўйхатга олинган. Тадбирларда тарқатма материаллар, байроқчалар, эслатмалар, буклетлар ҳамда турли хилдаги баннер ва кўргазмали материаллардан фойдаланилди. Музокаралар майдончалари қуйидаги тиббий психологик ҳамда педогогик дастурлар доирасида амалга оширилди. Соғлом турмуш тарзи жамиятимиздаги инсоний кадриятлар иерархиясида ҳали етакчи ўринни эгалламайди. Аммо мактабда ҳар бир ўқувчида ўз саломатлиги, соғлом турмуш тарзи ҳақида тўғри тасаввур ҳосил қилиш учун асослар яратилиши лозим.

Таҳлил натижалари шунини кўрсатадики, ўқитувчиларнинг ушбу йўналишдаги ишининг долзарблиги қуйидагилар билан белгиланди:

- ўқувчиларнинг умумий саломатлик кўрсаткичларининг пасайиши;

- ўсмирлар ва ота-оналарнинг соғлиқни сақлаш масалалари бўйича маълум маълумот ва маслаҳат ёрдамига бўлган эҳтиёжи;

- ўсмирларда ёмон одатларнинг олдини олиш бўйича ўқитувчиларнинг билимлари, маълумотлари, фаол усулларга бўлган эҳтиёжи;

Хулоса. “Музокаралар майдончалари” ёрдамида психофаол моддаларга тобелик ривожланишини эрта дарда аниқлаб, гуруҳларга кўра ўсмирларни психологик қўллаб-қувватлаш эвазига ижобий натижаларга эришиш мумкин. Шунингдек, педагоглар амалиётига етарлича психологик кўникмалар бериб, уларни профилактик тадбирларда муҳим ҳамкорлигини ташкил этишга кўмаклашади.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ СО СТРЕССОМ

Кимсанбоева О. К. Рогов А.В.

Ташкентский педиатрический медицинский
институт. г. Ташкент, Узбекистан
rav1985@mail.ru

В литературе недостаточно исследованы факторы, способствующие развитию параноидной шизофрении в условиях психотравмирующей ситуации. Большинство авторов придают главное значение наследственной предрасположенности, наличию астенических черт характера, неблагоприятному типу воспитания, настоящему личностному и социальному статусу, событиям, угрожающим жизни, здоровью больных, а также касающихся их социальных и семейных связей. Известно, что такие признаки как эмоциональная неустойчивость, возбудимость, астеническая истощаемость, преходящие вегетативные колебания - практически облигатны в структуре всех юношеских характеров. Определение основных биологических и социально-психологических характеристик играет важную роль в установлении предрасполагающих факторов развития данного заболевания в условиях эмоционального стресса.

Цель исследования – изучить особенности аффективных расстройств у больных параноидной шизофренией в условиях психотравмирующей ситуации..

Материал и методы исследования. Клинико-психопатологическим методом обследовано 44 пациента в возрасте 18-30 лет, перенесших дебют параноидной шизофрении в условиях воздействия психической травмы. Нозологическая квалификация психического состояния больных, соответствующая диагностическим критериям рубрик Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10): F20.0 «Параноидная шизофрения», F23.1 «Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении». Достоверные сведения, полученные от больного и его ближайшего окружения, проводилось ретроспективное изучения анамнестических и катамнестических данных у этой группы пациентов.

Результаты исследования. В результате исследования удалось выявить, что в возникновении дебюта параноидной шизофрении под влиянием психической травмы имели значение тимопатические колебания настроения. Самым частым (97,3%) сюжетом психотравмирующего воздействия служили ситуации эмоционального лишения, под которыми мы понимали угрозу жизни и здоровью родственника, его смерть, разрыв желанных отношений, разлуку с близким человеком, лишение свободы родственника. 79,8% больных перед началом психоза перенесли психотравмирующие ситуации угрозы личностному благополучию. У больных под влиянием травмирующих ситуаций наблюдались различные аффективные расстройства: тревожно-фобические, истерические, депрессивные. Причем именно депрессии были наиболее частыми, так у 66,2% больных в прошлом наблюдались психогенные депрессии, у 39,2% депрессии отличались особо тяжестью и продолжительностью, выраженностью эмоциональных и конгруэнтных аффекту расстройств, достигали психотического уровня.

Выводы. Таким образом, аффективные расстройства при параноидной шизофрении, возникающей на фоне психогенных ситуаций, проявлялись депрессиями невротического и психотического уровня или остро возникающими психотическими расстройствами.

СВЯЗЬ НАРУШЕННОГО ТИПА ПРИВЯЗАННОСТИ, «БОЛЬШОЙ ПЯТЕРКИ» И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМ ЭПИЗОДОМ

Козлов М.Ю., Иваницкая Е.Д.
Российская академия народного
хозяйства и государственной службы
при Президенте Российской Федерации,
Москва, Россия.
ГБУЗ ДЗМ Психиатрическая
клиническая больница №4 им
П. Б. Ганнушкина, Москва, Россия.
E-mail: *42Oi33@mail.ru*

В проведенном исследовании было изучено, как ненадежные типы привязанности (избегающий и тревожный) связаны с факторами «большой пятерки» - экстраверсией, добросовестностью, доброжелательностью, нейротизмом и открытостью опыту у молодых пациентов с депрессивным эпизодом. Дополнительно были изучены параметры, отвечающие за субъективное ощущение психологического благополучия. Данные личностные опросники были выбраны с целью прояснения связи нарушенных типов привязанности и констелляций характерологических черт, объединенных факторной моделью, выбор методик обосновывается недостаточной разработанностью темы нарушенного типа привязанности во взрослом возрасте и не изученностью показателей «психологического благополучия» на клинических выборках. В нашем исследовании приняли участие 36 испытуемых с диагнозом депрессивного расстройства (F 32.0, F 32.1). В выборку вошли 16 испытуемых мужского и 20 женского пола, средний возраст 25,3, основной контингент представляли пациенты клиник пограничной и аффективной патологии ПКБ №4 им П.Б.Ганнушкина.

Для анализа взаимосвязей типов привязанности с намеченными личностными особенностями был проведен корреляционный анализ связей типов привязанности с факторами «большой пятерки» (русская версия опросника ТРІ) и параметрами психологического благополучия – «опросник психологического благополучия К.Рифф».

Анализ корреляций показал, что надежный тип привязанности положительно коррелирует с самопринятием ($R_o = ,335$, $p = 0.046$). Тревожный тип, в свою очередь, отрицательно коррелирует с добросовестностью ($R_o = -,475$ $p = 0.001$), эмоциональной стабильностью ($R_o = -,544$ $p = 0.004$), автономностью ($R_o = -,595$ $p = 0.000$), компетентностью ($R_o = -,455$ $p = 0.004$), личностным ростом ($R_o = -,380$ $p = 0.022$), жизненными целями ($R_o = -,413$ $p = 0.012$), самопринятием ($R_o = -,604$ $p = 0.000$). Избегающий тип показал следующие положительные корреляции: с эмоциональной стабильностью ($R_o = ,436$ $p = 0.008$), открытостью опыту ($R_o = ,357$ $p = 0.033$), автономностью ($R_o = ,566$ $p = 0.000$), компетентностью ($R_o = ,376$ $p = 0.024$), жизненными целями ($R_o = ,342$ $p = 0.041$). Таким образом, надежный тип привязанности показал наименьшее количество корреляций, тревожный тип показал множество отрицательных корреляций с показателями «большой пятерки» и характеристиками психологического благополучия, а избегающий тип - значительное количество положительных корреляций. Наиболее очевидным результатом, отвечающим логике исследования, оказались данные, полученные по тревожному типу, характеризующемуся низкой сознательностью, эмоциональной нестабильностью, зависимостью, недостаточной компетентностью, самопринятием и слабой ориентацией на личностный рост и достижение жизненных целей. Любопытно, присутствие противоположных корреляций у избегающего типа, характеризующегося большей автономностью, эмоциональной стабильностью, открытостью опыту, компетентностью. Полученные результаты отвечает теоретическим положениям о рабочих моделях привязанности, в которых избегающий тип противоположен тревожному, поскольку они формируются различными путями, условной резигнации и гиперкомпенсации, приводя к различным психологическим результатам. Важно отметить, что, как и в работах иностранных исследователей, тревожный тип почти везде значимо коррелирует с негативными психологическими характеристиками, в то время, как избегающий редко показывает корреляции и оказывает более слабое влияние почти на все объекты исследования.

Для выявления дополнительных связей типов привязанности с личностными особенностями пациентов с диагнозом депрессивного

расстройства были выделены уровни психологического благополучия респондентов (кластеризация К-средними) по результатам прохождением ими «опросника психологического благополучия К.Рифф». На основании проведенного анализа были выделены 2 кластера с высоким и низким уровнем психологического благополучия относительно выборки. Концептуальный анализ средних значений показывает, что у испытуемых с высоким уровнем психологического благополучия меньше выражен избегающий тип привязанности, чем у испытуемых с низким уровнем психологического благополучия, такие же данные получены по тревожному типу. У респондентов с высоким уровнем психологического благополучия надежный тип встречается чаще, чем у респондентов с низким уровнем психологического благополучия.

В нашем исследовании было установлено снижение психологического благополучия у респондентов с преобладанием ненадежных типов, и избегающий и тревожный тип чаще встречаются в выборке с низкими показателями психологического благополучия. Надежный тип привязанности почти не показал корреляций в исследовании, в то время как избегающий и тревожный показали почти противоположные профили. Наиболее неблагоприятным, оказался тревожный тип привязанности, отрицательно коррелирующий с большинством параметров психологического благополучия и факторов большой пятерки. Таким образом, можно предположить, что ненадежный тип привязанности может являться фактором увеличивающим риск развития депрессии, однако данный вывод нуждается в подтверждении, необходимы дальнейшие исследования с привлечением выборки сравнения испытуемых без симптомов депрессии.

APPROACHES TO THE THERAPY OF SCHIZOPHRENIA IN THE CONDITIONS OF PSYCHIATRIC HOSPITAL OF A SPECIALIZED TYPE WITH INTENSIVE OBSERVATION

Kopzhasarova K.A., Burhina M.P., Zhumabaikyzy A., Janahmet J.A., Omirali A., Seidazimov E., Dakenova A.

*PA «Republican psychiatric hospital of a specialized type with intensive observation» MH RK, Kazakhstan, Almaty region, Talgar district, v.Aktas and NGEI «Kazakhstan-Russian Medical University» department of psychiatry and narcology, c.Almaty, the Republic of Kazakhstan
aktoty_zhumabaikyzy@@mail.ru*

Early-onset schizophrenia adversely affects the development, cognitive function, social opportunities, and life expectancy of patients. Treatment of patients with endogenous diseases remains one of the most urgent problems of modern psychiatry. The main task of psychopharmacology is to create the most effective drugs that have a therapeutic effect on a wide range of psychopathological syndromes with a minimum of side effects. The introduction of classical neuroleptics into clinical practice at one time radically changed the idea of therapeutic possibilities for the treatment of acute psychoses. At the same time, classical neuroleptics have a number of serious side effects: extrapyramidal disorders, behavioral toxicity, autonomic instability, endocrine changes, hemato- and hepatotoxic effects. In addition, classical antipsychotics do not affect the negative symptoms of schizophrenia. In turn, atypical neuroleptics practically do not cause extrapyramidal side effects, while they are effective in relation to productive and negative symptoms. According to some studies, due to better tolerance, a favorable effect on negative symptoms and neurocognitive deficit, after achieving remission, it is possible to return the patient to the usual social and professional environment with the least losses (high level of quality of life, reduction in the number of exacerbations and repeated hospitalizations).

The purpose of this work is to study the effectiveness of a new atypical antipsychotic, Paliperidone (Invega), in relation to a wide range of psychopathological disorders in various types of schizophrenia.

Materials and methods of research. The research was conducted in the male departments of the hospital. The criterion for evaluating the effectiveness was the percentage increase in the quality of life of patients. The inclusion criteria for patients in the research were: age of patients from 20 to 40 years; correspondence of clinical diagnoses to diagnostic rubrics F-20.0, F-21, F-25, ICD-10; acceptance as basic maintenance therapy - of all drugs neuroleptic series - Paliperidone; the appointment of Paliperidone was dictated either by the low effectiveness of psychopharmacotherapy with classical antipsychotics (haloperidol, triflazin) or by the appearance of neuroleptic disorders accompanied by exacerbation of mental disorders. The research did not include patients with severe deficient symptoms. Paliperidone - has a distinct antipsychotic effect. Starting from the first days of treatment, the antipsychotic effect of the drug is manifested; acute productive psychotic symptoms are quickly stopped, even exceeding the effectiveness of conventional antipsychotics in the treatment of patients with schizophrenia, in the presence of severity and aggressiveness in the clinical picture. Undesirable side effects during therapy with Paliperidone occurred significantly less frequently than with Haloperidol, did not require the appointment of correctors and did not interfere with neuroleptic therapy. Good tolerance (including the case with a forced increase in dosages), the absence of a long-term inhibitory effect on the mental and motor activity of the patient are the undoubted advantages of Paliperidone, determine the patient's positive attitude towards treatment, consent to continue therapy after acute psychosis has been relieved. The medicine also shows good results in patients with insufficient efficacy and/or poor tolerance of previous antipsychotic therapy.

In the research of the effectiveness of the medicine in relation to negative symptoms, the scales of positive and negative syndrome were used (PANSS; L.Kayetal, 1986) and a scale for assessing the negative symptoms of schizophrenia scale (SANS; N.Adheasen 1982). The initial oral dose of paliperidone was 3 mg per day. In the future, depending on the dynamics of the state and tolerability of the drug, the dose could be increased. After selection of individual doses, the average dose ranged from 6 to 9 mg per day. The duration of maintenance therapy ranged from 6 to 18 months, with an average of 12 months. The criterion for the clinical efficacy of Paliperidone therapy was the absence of relapses or exacerbations of productive symptoms during the observation period. The safety criterion for the use of the drug was the absence of severe extrapyramidal symptoms that could not be controlled by cyclodol at a

dose of up to 2 mg per day, as well as the absence of other serious side effects that required discontinuation of the medicine.

Research results. The study group consisted of 22 (100%) - male patients with schizophrenia with an average age of 20 ± 18 years, and with an average duration of the disease at the time of the examination - 7.5 years. In 12 (54.5%) patients, the diagnosis corresponded to paranoid schizophrenia with a continuous and paroxysmal-progressive 7 - (32%) course. In the majority of patients 14 (59%) during the formation of drug remission, the condition was qualified as depressive-paranoid, and in 8 (41%) patients, the condition was determined by reducing paranoid symptoms. Clinical efficacy of therapy was registered in 18 (90.9%) patients. In 2 (4.4%) patients, the drug was discontinued due to worsening mental state in the form of an exacerbation of previous symptoms. An analysis of data on the dynamics of clinical indicators on the PANSS scale made it possible to identify the effectiveness of using Paliperidone as a basic drug for maintenance therapy in patients with schizophrenia. Changes in the quality of life indicators of patients at the stage of remission formation followed the overall clinical improvement. The decrease in the total rating on the PANSS scale was 33.5%, and the severity of positive and negative symptoms decreased by 33 and 32%, respectively, and productive and negative disorders were reduced harmoniously and fairly evenly. Against the background of maintenance therapy, the effect continued to increase ($>18\%$ reduction in PANSS score). Significantly more pronounced reduction in the original total SANS score -21%. Positive dynamics for negative symptoms in the treatment with Paliperidone becomes apparent most often from the 2nd and 3rd weeks of its use. It was noted that the improvement concerned, first of all, verbal and volitional preparations. Patients noted "the return of initiative and motivation, the desire for activity". At the verbal level, improvement was manifested by facilitating contact with the patient. They acquired a greater ability for self-expression: the duration and content of answers in a conversation increased, and the fluency of speech increased. From the 3rd week, the dynamics affected the increase in mental activity, the appearance of natural liveliness, interest in real events, participation in the fate of persons close to the sick. The patients became more emotional. After about 5-8 weeks, an improvement in cognitive functions can be noted, which is manifested in the correct interpretations of proverbs, sayings, metaphors. The effect is also noted in the treatment of

patients with a long-term course of the schizophrenic process (10 ± 4). In these cases, the effect became apparent at 5-6 weeks to 2 months. The improvement affected the relief in the accessibility of patients who revealed their past experiences and present experiences, awareness of the disease appeared, increased initiative, mental activity, which was expressed, for example, in assisting medical personnel and in occupational therapy in the department. Thus, the anti-negative effect of the drug can be attributed to: the emergence of interest in the environment, the disappearance of inaccessibility, the return of lost norms of social behavior. Thus, the most sensitive were the symptoms that reflect violations of activity, urges to activity, mental performance, violation of contact with others, emotional deviations from experiences. Changes in the physical sphere (indicators of vital activity reached 65% of the mark), and in the psychological sphere (an increase in indicators of positive emotions by 75%;) changes in self-esteem in a positive direction by 38%.

Significant was the discovery of an improvement in cognitive functions (40%), the violation of which remains in remission in a significant proportion of patients, since improving attention, the ability to assimilate new information is one of the most important conditions for social functioning. Parallel to the listed changes, indicators characterizing the ability to work increased (50%). No significant side effects of therapy were noted during treatment. In 20 (80%) patients, correctors were not prescribed due to the good tolerability of the drug.

Conclusion. The socializing effect of Paliperidone therapy should be noted. Clinically, this was manifested in a decrease in the hostility and aggressiveness of patients who became more contact, prone to cooperation, their relationships with loved ones improved, compliance improved, which created a good predisposition for psychosocial activities.

Patients became more collected, they lost the feeling of confusion, incomprehensibility of what was happening, their thinking was streamlined. In general, it was possible to achieve a reduction in the severity of symptoms quite quickly. Moreover, the socializing effect of Paliperidone appears even with hallucinatory-delusional symptoms in the form of a fairly rapid effect of the drug on the components of the syndrome that disrupt behavior (acute ideational disturbances, confusion, anxiety, affective charge of experiences, aggressive behavior, hostile attitude towards others, impulsivity). All this had a positive effect on the functioning of patients. Indicators of physical performance, intellectual productivity, the breadth of the circle of

communication in the course of therapy revealed statistically significant changes compared to the initial level.

Good tolerance (including cases with a forced increase in dosages), the absence of a long-term inhibitory effect on the mental and motor activity of the patient are the undoubted advantages of Paliperidone, determine the patient's positive attitude towards treatment, consent to continue therapy after acute psychosis has been relieved. The drug also shows good results in patients with insufficient efficacy and / or poor tolerance of previous antipsychotic therapy. Paliperidone contributes to the reduction of affective symptoms, including not only depression (with anxiety and confusion), but also mania, both isolated and acting mainly in the structure of more complex psychopathological syndromes. A reducing effect of the drug on affective symptoms (depression, guilt, anxiety and tension) was noted. In addition, the drug has a pronounced effect on negative symptoms, while at the same time having a favorable profile of adverse events, which allows the use of Paliperidone for maintenance therapy in patients with schizophrenia.

ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ШИЗОФРЕНИИ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ СПЕЦИАЛИЗИ- РОВАННОГО ТИПА С ИНТЕНСИВНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ

**Копжасарова К.А., Бурхина М.П.,
Жұмабайқызы А., Жанахмет Ж.А.,
Омиралы А., Сейдазимов Е., Дакенова А.**

*ГУ «Республиканская психиатрическая больница
специализированного типа с интенсивным
наблюдением» МЗ РК, Алматинская область,
Талгарский район, п.Актас НУО «Казахстанско-Российский
медицинский университет» кафедра
психиатрии и наркологии, г.Алматы, Республика Казахстан
aktoty_zhumabaikyzy@ @mail.ru*

Шизофрения с ранним началом неблагоприятно сказывается на развитии, когнитивной функции, социальных возможностях и ожидаемой продолжительности жизни больных. Лечение больных эндогенными заболеваниями остается одной из актуальнейших проблем современной психиатрии. Основной задачей психофармакологии является создание максимально эффективных препаратов,

обладающих терапевтическим действием в отношении широкого круга психопатологических синдромов при минимуме побочных эффектов. Введение в клиническую практику классических нейролептиков в свое время кардинальным образом изменило представление о терапевтических возможностях лечения острых психозов. Вместе с тем, классические нейролептики имеют ряд серьезных побочных эффектов: экстрапирамидные нарушения, поведенческую токсичность, вегетативную нестабильность, эндокринные сдвиги, гемато- и гепатотоксичное действия. Кроме того, классические нейролептики не влияют на негативные симптомы шизофрении. В свою очередь, атипичные нейролептики практически не вызывают экстрапирамидных побочных эффектов, при этом они эффективны в отношении продуктивной и негативной симптоматики. По данным некоторых исследований, благодаря лучшей переносимости, благоприятному действию на негативную симптоматику и нейрокогнитивный дефицит после достижения ремиссии можно вернуть пациента в привычную социально-профессиональную среду с наименьшими потерями (высокий уровень качества жизни, сокращение количества обострений и повторных госпитализаций).

Цель настоящей работы – изучить эффективность воздействия нового атипичного нейролептика – Палиперидон (Инвега) в отношении широкого круга психопатологических расстройств при различных типах течения шизофрении.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в условиях мужских отделений ГУ «РПБСТИН». Критерием оценки эффективности служило выраженное в процентном отношении увеличение показателей качества жизни пациентов. Критериями включения пациентов в исследование явились: возраст пациентов от 20 до 40 лет, соответствие клинических диагнозов диагностическим рубрикам F-20.0, F-21, F-25, МКБ-10, прием в качестве базовой поддерживающей терапии – из всех препаратов нейролептического ряда – Палиперидон. Назначение Палиперидона было продиктовано либо малой эффективностью психофармакотерапии классическими нейролептиками (галоперидол, трифтазин) либо появлением нейролептических расстройств, сопровождавшихся обострением психических расстройств. В исследование не включали пациентов, имеющих грубую дефицитарную симптоматику. Палиперидон - оказывает отчетливое антипсихотическое

действие. Начиная с первых дней лечения, проявляется антипсихотическое действие препарата; быстро купируется острая продуктивная психотическая симптоматика, даже превосходит по эффективности конвенциональные нейролептики в лечении больных шизофренией, при наличии в клинической картине выраженности и агрессивности. Нежелательные побочные эффекты при терапии Палиперидоном, возникали достоверно реже, чем при применении Галоперидола, не требовали назначения корректоров и не препятствовали проведению нейролептической терапии. Хорошая переносимость (включая случай с форсированным наращиванием дозировок), отсутствие длительного затормаживающего влияния на психическую и моторную активность больного являются несомненными преимуществами Палиперидона, обуславливают позитивное отношение пациента к лечению, согласие на продолжение терапии после купирования острого психоза. Препарат также демонстрирует хорошие результаты у больных недостаточной эффективностью и/или плохой переносимостью предшествующей антипсихотической терапии. При исследовании эффективности препарата в отношении негативной симптоматики использовались шкалы позитивного и негативного синдрома (PANSS; L.Kayetal, 1986) и шкала оценки негативных симптомов шизофрении шкала (SANS; N.Adheasen 1982). Начальная пероральная доза Палиперидона равнялась 3 мг в сутки. В дальнейшем, в зависимости от динамики состояния и переносимости препарата, доза могла быть увеличена. После подбора индивидуальных доз, средняя доза составила в диапазоне от 6 до 9 мг в сутки. Длительность поддерживающей терапии составила от 6 до 18 месяцев, в среднем 12 месяцев. Критерием клинической эффективности терапии Палиперидоном явилось отсутствие рецидивов или экзацербаций продуктивной симптоматики в течение периода наблюдений. Критерием безопасности применение препарата явилось отсутствие выраженной экстрапирамидной симптоматики, не поддающейся купированию циклодолом в дозе до 2 мг в сутки, а также отсутствие других серьезных побочных эффектов, требовавших отмены препарата.

Результаты исследования. Группу исследования составила 22- (100%) - больных шизофренией, мужского пола со средним возрастом 20 ± 18 лет, и со средней продолжительностью заболевания к моменту обследования – 7,5 лет. У 12 (54,5%) пациентов диагноз соответствовал

шизофрении параноидной с непрерывным и приступообразно-прогредиентным 7 - (31,8%) течением. У большинства пациентов 14- (63,6%) при формировании лекарственной ремиссии состояние квалифицировалось как депрессивно-параноидное, а у 8- (36,3%) пациентов состояние определялось редуцирующейся параноидной симптоматикой. Клиническая эффективность терапии была зарегистрирована у 18- (81,8%) больных. У 2-х (9%) пациентов препарат был отменен вследствие ухудшения психического состояния в виде обострения предшествующей симптоматики. Анализ данных о динамике клинических показателей по шкале PANSS позволили выявить эффективность применения Палиперидона в качестве базового препарата для поддерживающей терапии больных шизофренией. Изменение показателей качества жизни пациентов на этапе формирования ремиссии следовали за общим клиническим улучшением. Снижение суммарного рейтинга по шкале PANSS равнялось 33,5%, а выраженность позитивной и негативной симптоматики уменьшилась на 33 и 32% соответственно, причем продуктивные и негативные расстройства редуцировались гармонично и достаточно равномерно. На фоне поддерживающей терапии эффект продолжал нарастать (редукция балла PANSS на >18%). Достоверно более выраженная редукция исходного суммарного балла SANS -21%. Положительная динамика для негативной симптоматики при лечении Палиперидоном становится очевидной чаще всего со 2-ой и 3-ей недели его применения. Было отмечено, что улучшение касалось, в первую очередь, вербальных и волевых препаратов. Пациенты отмечали «возвращение инициативы и мотиваций, желание деятельности». На вербальном уровне улучшение проявлялась облегчением контакта с пациентом. Они обретали большую способность к самовыражению: увеличивалась длительность и содержательность ответов в беседе, плавность речи. С 3-й недели динамика затрагивала повышение психической активности, появление естественной живости, заинтересованности в реальных событиях, участии в судьбе близких больным лиц. Больные становились более эмоциональными. Примерно через 5-8 недель можно отметить улучшение когнитивных функций, что проявляется в правильных трактовках пословиц, поговорок, метафор. Отмечается так же эффект и при лечении больных с длительным многолетним течением шизофренического процесса (10 ± 4). В этих случаях эффект становился очевидным на 5-6-й недели до 2-х месяцев. Улучшение затрагивало облегчение в доступности больных, которые раскрывали свои прошлые переживания

и настоящие переживания, появилось осознание болезни, повышалась инициативность, психическая активность, что находило выражение, например, в оказании помощи медицинскому персоналу и в трудотерапии по отделению. Таким образом, к антинегативному действию препарата можно отнести: появление интереса к окружающему, исчезновение недоступности, возвращение утраченных норм социального поведения. Так, наиболее чувствительными оказались симптомы, отражающие нарушения активности, побуждений к деятельности, умственной работоспособности, нарушение контакта с окружающими, эмоциональные отклонения к переживаниям. Изменения в физической сфере (показатели жизненной активности достигли 65% отметки), а в психологической сфере (рост показателей положительных эмоций 75%); изменения самооценки в позитивную сторону в 38%.

Значительным явилось обнаружение улучшения познавательных функций (40%), нарушение которых остаются в ремиссии у значительной части больных, поскольку улучшение внимания, способности к усвоению новой информации является одним из важнейших условий социального функционирования. Параллельно перечисленными изменениями увеличились показатели, характеризующие способность к работе (50%). В процессе лечения выраженных побочных эффектов терапии не отмечено. У 20 (80%) пациентов корректоры не назначались ввиду хорошей переносимости препарата.

Заключение. Следует отметить социализирующий эффект терапии Палипериδοном. Клинически это проявлялось в уменьшении враждебности и агрессивности больных, которые становились более контактными, склонными к сотрудничеству, улучшались их отношения с близкими, улучшалась комплаентность, что создавало хорошую предрасположенность для проведения психосоциальных мероприятий.

Больные становились более собранными, у них исчезло ощущение растерянности, непонятности происходящего, упорядочивалось мышление. В целом, достаточно быстро удавалось достичь редукации остроты симптоматики. Причем социализирующий эффект Палипериδοна появляется даже при галлюцинаторно-бредовой симптоматике в виде достаточно быстрого влияния препарата на дезорганизующие поведенческие компоненты синдрома (острые идеаторные нарушения, растерянность, тревогу, аффективную заряженность переживаний, агрессивное поведение, враждебное отношение к окружающим, импульсивность). Все это сказалось положительно на функционировании больных.

Показатели физической работоспособности, интеллектуальной продуктивности, широты круга общения в процессе терапии обнаруживали статистически значимые изменения по сравнению с исходным уровнем.

Хорошая переносимость (включая случаи с форсированным наращиванием дозировок), отсутствие длительного затормаживающего влияния на психическую и моторную активность больного являются несомненными преимуществами Палиперидона, обуславливают позитивные отношение пациента к лечению, согласие на продолжение терапии после купирования острого психоза. Препарат так же демонстрирует хорошие результаты у больных недостаточной эффективности и/или плохой переносимостью предшествующей антипсихотической терапии. Палиперидон способствует редукции аффективной симптоматики, включающей не только депрессию (с тревогой и растерянностью), но и манию, как изолированную, так и выступающую преимущественно в структуре более сложных психопатологических синдромов. Отмечено редуцирующее влияние препарата на аффективную симптоматику (депрессию, чувство вины, тревогу и напряжение). Кроме того, препарат оказывает выраженное влияние на негативную симптоматику, обладая в то же время благоприятным профилем нежелательных явлений, что позволяет использовать Палиперидон для поддерживающей терапии у больных шизофренией.

ОСОБЕННОСТИ НЕСУИЦИДАЛЬНЫХ САМОПОВРЕЖДЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ

Королева П. В.

Научный руководитель – д.м.н., проф.,
заведующий кафедры медицинской психологии и психиатрии
ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский
университет» МЗ РФ, Менделевич Владимир Давыдович
ФГБОУ ВО «Казанский
государственный медицинский университет»
МЗ РФ, город Казань, Республика Татарстан, РФ.
e-mail: *polina0139@mail.ru*

Актуальность: Несуицидальное самоповреждение – это прямое и преднамеренное причинение вреда собственным тканям тела без намерения самоубийства. (Nicholas J Westers и др., 2016).

Некоторые исследователи сравнивают частоту самоповреждений с моделью айсберга, на «подводную часть» которой приходится большая часть селфхарма – скрытая. (Любов Е.Б., Зотов П.Б., 2020).

В клинической практике врачи все чаще сталкиваются с проблемой аутоагрессии. Однако сама проблема селфхарма остается не исследованной. Распространенность имеет разброс данных: от 4% во взрослой неклинической выборке до 60% в клинической популяции подростков. Самоповреждения не ограничены возрастом и возможны в течении всей жизни, но чаще встречаются в подростково-юношеском возрасте и имеют тенденцию к уменьшению с течением времени.

Несуицидальные самоповреждения встречаются в структуре различных психических расстройств. Важным аспектом считается выявить клинические особенности и специфичность аутоагрессивных тенденций при каждом заболевании.

Цель: изучить клинические особенности подростков с несуйцидальными самоповреждениями

Материалы и методы: в исследовании участвовало 68 человек в возрасте от 15 до 18 лет. Критерием включения были: -наличие самоповреждающего поведения; - коморбидность с диагнозами, относящихся к рубрике F 20-29, F 30-39, F 40-48, F 60-69, F 90-98 согласно МКБ-10; - добровольное согласие на участие в исследовании. Работа проводилась с помощью клинко-психопатологический метода (полуструктурированное интервью) и экспериментально-психологических методов: шкала депрессии Монгмери-Асберга, шкала оценки ангедонии Снайта-Гамильтона.

Результаты: Средний возраст на момент осмотра составил 16,00 лет [15,00 – 17,00]. 45 человек (66%) сообщали о наследственной предрасположенности по психическим заболеваниям. У 38 человек (56%) обнаружены случаи физического/психического/ сексуального насилия в детстве. Многие (51 (75%) сообщали о трудностях коммуникации с другими людьми, отсутствии друзей и близких отношений. На момент осмотра, чаще выявлялись следующие синдромы: депрессивный (46 (68%), тревожный (29 (43%), неврозоподобный (9 (13%).

Возраст дебюта самоповреждений в среднем 13,5 лет [12,00-15,00]. 23 человека (34%) наносят самоповреждения ежедневно/ через день. Физическая боль во время аутоагрессивных действий отсутствует у 11 человек (16,2%), снижена у 29 человек (43%). Формы самоповреждений представляют собой разнообразие. 48

человек (70%) говорят об одновременном применении нескольких типов самоповреждений. Все 68 пациентов (100%) сообщали о случаях самопорезов, 38 (50%) о сильном расцарапывании, 19 (28%) о самоушибах, 12 (18%) о прижигании. В качестве мотивации выступали: аффективная разрядка, самонаказание, выражение недовольство собой, межличностного влияния, установление границ, подражание сверстникам, попытка справиться с суицидальными мыслями.

Выводы: несуйцидальные самоповреждения у подростков не имеют нозологической специфичности и встречаются в рамках: расстройств шизофренического спектра, аффективных расстройств, расстройств пищевого поведения, расстройств адаптации. На основании клинических особенностей было выделено 3 группы: первая- пациенты с диагнозом F 20-29 – 14 (21%), вторая - F 30-39 – 23 (34%), третья- F 40-48, F50-58, 90-98 - 31 (46%).

Первая группа самая малочисленная, чаще не испытывает боль во время самоповреждений, имеет паралогическую мотивацию ($p=0,024$), начинает прибегать к аутоагрессии в более позднем возрасте ($p=0,018$) и имеет самые высокие баллы по шкале ангедонии ($p= 0,023$). Вторая группа чаще других совершала самоповреждения, имела самый ранний возраст начала ($p=0,031$), а также сообщала о суицидальных мыслях и обнаруживала среднюю и тяжелую степень депрессии ($p=0,009$). Третья группа самая многочисленная, имеет сохранную болевую чувствительность, чаще выбирают одну форму повреждений ($p=0,0045$), порезы/прижигания / расцарапывания носят более поверхностный и легкий характер.

ТОРОНТСКАЯ ШКАЛА АЛЕКСИТИМИИ: ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ ВОПРОСОВ

Кудряшов М.А.

Национальный медицинский исследовательский
центр психиатрии и неврологии
им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург,
Российская Федерация
budgies@mail.ru

Концепт «алекситимии» обозначает специфический личностный паттерн, связанный с дефицитом когнитивной обработки

эмоций и включающий затруднения в идентификации и описании переживаемых чувств, экстернальный (ориентированный на внешний мир) и конкретный стиль мышления при сниженном воображении и способности фантазировать. Сам термин «алекситимия» (с греч.: «нет слов для чувств») был введен в 1973 году бостонским психиатром Питером Эмануэлем Сифнеосом (1920–2008) по результатам наблюдения за 25 психосоматическими больными, которые демонстрировали «неспособность найти подходящие слова для описания своих эмоций» (Sifneos P.E., 1973). Алекситимия сейчас общепризнанна как серьезный фактор предрасположенности к психосоматическим расстройствам и предиктор, ухудшающий прогноз при различных соматических и психических заболеваниях (особенно, аддикциях). Ее распространенность в неклинической популяции – до 10% (по некоторым оценкам, и до 23% (Loas 2010)), среди лиц с алкоголизмом – 40-60% (Taieb O. et al., 2002), среди пациентов с атопическим дерматитом и псориазом – 67% (Holmes A. et al., 2022), людей с расстройствами аутистического спектра – до 63%. Алекситимия высоко коррелирует с самоповреждающим поведением (Norman H., Borril J., 2015), расстройствами личности (Joyce A.S. et al., 2013), небезопасными паттернами привязанности (Zdankiewicz-Ścigała E. et al., 2019) и ПТСР (Ogłodek E.A., 2022).

Золотым стандартом для клинической оценки выраженности алекситимии является Торонтская шкала алекситимии (TAS), разработанная в 1985 г. канадскими учеными Тэйлором, Бэгби и Паркером и адаптированная для русскоязычной популяции в нач. 2000-х гг. НИПНИ им. Бехтерева (Ересько Д.Б. и др., 2005). TAS представляет собой стандартизированный опросник из 26 пунктов (пересмотренная в 1993 г. версия – из 20), измеряющий четыре аспекта алекситимии:

- 1) трудности в определении чувств и в различении чувств и телесных сигналов аффективного возбуждения (DIF),
- 2) трудности в описании своих чувств другим людям (DDF),
- 3) бедность фантазии (RD) и
- 4) внешнеориентированное мышление (EOT).

При разработке шкалы полагалось, что данные аспекты отражают лежащий в основе алекситимии недостаток способности к психическому репрезентированию эмоций. Дальнейшие исследования показали, что алекситимия является относительно стабильной,

однородной, многомерной личностной характеристикой, в рамках которой эти четыре фактора могут быть нагружены на два фактора более высокого порядка: DIF и DDF (феноменологически проявляющиеся как ядерные характеристики алекситимии) нагружают фактор «эмоциональная осведомленность», EOT и RD – «опературное мышление». Это понятие (фр. «pensée opératoire») было разработано в начале 1960-х гг. Парижской психосоматической школой (психоаналитиками Пьером Марти и Мишелем де М'Юзаном) (DeFourny M., 1976) и обозначает особый режим мышления, лишённого контакта с внутриспсихической эмоциональной реальностью, поглощённого исключительно конкретными фактами и деталями внешних событий, что подразумевает алекситимическую бедность языка описания своих внутренних состояний. Люди с опературным мышлением характеризуются слабой способностью ментализировать эмоциональный стресс, поэтому склонны давать на него всевозможные психосоматические реакции.

Психометрические исследования TAS продемонстрировали, что DIF, DDF и фактор более высокого порядка «эмоциональная осведомленность» являются наиболее робастными, при этом фактор RD показал наименьшую достоверность и по этой причине был удален из пересмотренной версии шкалы. Также некоторые исследователи обнаружили слабую внутреннюю консистентность фактора EOT, поэтому не рекомендуют использовать его в клинической работе, а при интерпретации результатов шкалы опираться исключительно на ее общий балл и баллы по субшкалам DIF и DDF (Preese D.A. et al., 2017). Однако имеются работы, показывающие, что фактор DIF перекрестно нагружается с неспецифическим фактором общего дистресса, т.о. утрачивая чувствительность к выявлению алекситимии (Preese D.A. et al., 2020).

Несмотря на все это, TAS характеризуется высокими дискриминантной валидностью (напр., низкой ассоциацией с доброжелательностью и добросовестностью из Большой пятерки), конвергентной и конкурентной валидностью (напр., отрицательной корреляцией с показателями психологической разумности по Аппельбауму и эмоционального интеллекта), внутренней и внешней консистентностью, ретестовой надежностью и коротким временем выполнения. Таксонометрические исследования демонстрируют, что баллы TAS континуальны, а не категориальны, что свидетельствуют

в пользу того, что алекситимия является дименсиональным конструктом.

Тем не менее, основной недостаток TAS и всех клинических шкал алекситимии (напр., Пертского опросника алекситимии (PAQ) (Ларионов П. и др., 2023) или опросника алекситимии Бермонда-Ворста (BVAQ)) следует из того обстоятельства, что по форме они являются анкетами-самоотчетами. Представляется парадоксальным оценивать с помощью подобного инструмента психологическую черту, характеризующуюся трудностями с доступом к внутреннему миру и описанием внутренних состояний. Если эта черта крайне выражена, то такие люди не смогут адекватно давать отчет о своих эмоциональных проблемах и оценивать степень своей эмоциональной осведомленности (Müller J. et al. 2008). Это важное соображение привело к созданию в 2006 г. Торонтского структурированного интервью об алекситимии (TSIA), состоящего из 24 вопросов. В отличие от TAS, при проведении TSIA клиницист задает пациенту вопросы, уточняя и развертывая его ответы, тем самым получая более точную оценку их смысла и характера. Безусловно, это требует от специалиста хороших навыков клинического интервью. Дополнительным потенциальным ограничением при использовании TSIA является время, затрачиваемое на его проведение и подсчет результатов, которое обычно составляет 50-60 минут. Однако в 2018 г. была разработана короткая версия TSIA из 12 вопросов (Sekeley A. et al., 2018).

Многие западные клиницисты, в т.ч. и сугубо соматического профиля (напр., дерматологи (Datollo A. et al., 2021)), в последние годы стали практиковать т.н. «мультиметодический подход в оценке алекситимии», используя TAS в сочетании с TSIA.

AYOLLAR ALKOGOLIZMINING GENDER XUSUSIYATLARI

Kurbaniyazova Sh.E., Babayev J.S.,

Uralova D.A., Gopurova G.F.

Toshkent davlat stomatologiya instituti, Toshkent

shahida.kurbaniyazova@gmail.com

Aholining spirtli ichimliklarni iste'mol qilishi zamonaviy jamiyatning jiddiy muammosi bo'lib, salbiy tibbiy va ijtimoiy oqibatlarga olib

keladi, o'lim, kasallanish va ish qobiliyatining pasayishi shu oqibatlardan biridir. Ko'plab tadqiqotlar natijalari aholi jon boshiga o'rtacha spirtli ichimliklarni iste'mol qilishi va aholi o'limi o'rtasidagi bog'liqlikni isbotlaydi.

Hozirgi vaqtda aholining alkogolizmining umumiy o'sishi va alkogolizm bilan kasallanishning ko'payishi bilan bir qatorda, ayollar alkogolizmining erkaklarga nisbatan ulushi (1:12 dan 1:5 gacha) o'sishi tendentsiyasi kuzatilmoqda. So'nggi paytlarda spirtli ichimliklarga qaram bo'lgan ayollar soni ham sezilarli darajada oshdi.

Ayollarda surunkali alkogolizmning shakllanishiga yordam beradigan eng tipik omillarga quyidagilar kiradi: baxtsiz nikoh, yolg'izlik, ajralish, er va xonadolarning mastligi. Alkogolizmga omillarga kirishi mumkin – bu ota-onalarning alkogolizmi, oilada yomon tarbiya, bolalik, o'spirinlik va balog'at yoshidagi astenik kasalliklar. Turli xil ruhiy travmalar ham, alkogolizmga rivojlanishiga omil buladi. Ayollar alkogolizmga qarshi kurashda keng va juda xilma-xil profilaktika choralari talab qilinadi.

Ayollarda alkogolizmning yanada og'ir kechishi uchun ba'zi fiziologik omillar mavjud (erkaklarga qaraganda tanadagi suvning past darajasi, qonda alkogolning yuqori konsentratsiyasiga olib keladi), premenstrual davrda oshqozondan alkogolning yuqori surilishi, yanada kuchli mastlikka olib keladi; spirtli ichimliklarni parchalashda ishtirok etadigan ba'zi fermentlarning faolligi pasaygan, abstinent sindromning yumshoqligi, uzoq vaqt davomida narkologlardan yordam so'ramaslikka imkon beradi). Ayollar alkogolizmga tizimli yondoshish, «ayollar-mikro muhit - jamiyat» tizimini o'rganishda «stigmatizatsiya» kabi ijtimoiy-psixologik hodisaning ta'sirini hisobga olmasdan mumkin emas - «tamga», «stigma» ni ayollar alkogolizmida bemorlarga quyilishi.

Ayollar organizmi erkaklarnikidan sezilarli darajada farq qiladi, shuning uchun ayollarda ichkilikbozlikdan alkogolizmga bulgan yo'l ancha qisqaroq - olti oydan ikki yilgacha, erkaklarda - o'n yilgacha. Har bir ayol uchun jarayon individual buladi. Alkogolizm asosan muntazam ichkilikbozlik tufayli yuzaga keladi. Ayol qanchalik tez-tez ichsa, alkogolizm toifasiga kirish ehtimoli shunchalik yuqori bo'ladi.

Ayollarda alkogolizmning rivojlanishi erkaklarnikiga qaraganda tezroq sur'atlarda sodir bo'ladi, miqdoriy nazorat tezda yo'qoladi. Kasallikning tez rivojlanishi, erkaklarda juda aniq ifoda etadigan

alkogolizm bosqichlari, o'z ku'rinishini yo'qotadi va go'yo bir-birining ustiga qatlamlanishadi.

Gender farqlar alkogolizmning qaytalanish sabablarida ham uchraydi. Shunday qilib, kanadalik olimlar aniqlashi buyicha, ayollarda retsedivning sababi ko'pincha salbiy affektlar (salbiy his-tuyg'ular, yaqinlar bilan ziddiyat) bilan bog'liq bo'lgan holatlarda, erkaklarda esa retsediv ko'pincha ichuvchi muhit bilan bog'liq degan tendensiyaning aniqladilar.

Ko'pgina sabablar orasida ayollarning iqtisodiy va manaviy mustaqilligining o'sishini ajratib ko'rsatish mumkin, bunga mos ravishda asab-ruhiy va jismoniy faoliyatga ta'sir ko'payishiga olib keladi (stress, shaxsiy qiyinchiliklar va boshqalar).

Ayollar organizmining, yana bir xususiyati hayz davridir, bunda spirtli ichimliklarni iste'mol qilishga moyillikni kuchaytiradigan, hayzdan oldingi o'zgarishlarni ham o'z ichiga oladi. Spirtli ichimliklar hayzdan oldingi o'zgarishlarni yengillashtiradi, tinchlantiruvchi ta'sir ko'rsatadi; natijada o'rganish va qaramlikni paydo bo'lishiga olib keladi. Bundan tashqari, premenstrual davrda alkogolning oshqozon-ichak traktidan qonga surilishi kuchayadi. Shuning uchun tana vazniga qarab qabul qilingan alkogol ayollarga ko'proq ta'sir qiladi va kuchli toksik ta'sir ko'rsatadi.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

Кучкаров У.И., Илёсов Б.У., Ашурова Р.Р.

Бухарский государственный медицинский
институт, г.Бухара

www.KuchkarovU76@mail.ru

Актуальность. Эпилепсия является одной из наиболее актуальных проблем в современной психиатрии. Около 65 миллионов человек в мире страдает эпилепсией. Как одно из наиболее стигматизирующих заболеваний неврологического профиля, эпилепсия в значительной мере оказывает негативное влияние на все сферы функционирования больного, снижая показатели качества жизни. Хроническое прогрессирующее течение эпилепсии усугубляется формированием мнестико-интеллектуального расстройства, негативное влияние которого на социальную адаптацию больных не

уступает отрицательным последствиям пароксизмального синдрома. Изменения когнитивных функций в структуре эпилептической болезни были обнаружены еще во времена античности и Древнего Востока.

Цель исследования. Улучшение качества жизни больных эпилепсией.

Задачи исследования. Изучить взаимосвязь между выраженности когнитивных расстройств и качеством жизни больных эпилепсией.

Методы и объект исследования. Для осуществления поставленной цели и задачи исследования обследовано 64 больных в возрасте от 30 до 50 лет, с диагнозом эпилепсия F02.8. Исследование проведено с использованием опросника SF-36.

Результаты исследования и обсуждения. Катамнестические наблюдения, показывают, что у людей, страдающих эпилепсией, различные психосоциальные проблемы более распространены, чем в общей популяции. К часто встречающимся немедицинским проблемам относятся: ощущение стигмы, психологический дистресс, безработица, низкая самооценка и проблемы межличностного взаимодействия, включая социальную изоляцию и низкий уровень социальной адаптации. Эти проблемы снижая качество жизни, приводит к различным психосоциальным последствиям (здоровье, семья, межличностные отношения, личное развитие, социально-экономический статус, материальное благополучие, социальная активность, и общественное признание). Исследуемые пациенты были разделены на 2 группы сопоставимы по возрасту и длительности заболевания; не имели грубого психиатрического очагового дефицита и тяжелой сопутствующей соматической патологии; все получали терапию противоэпилептическими препаратами. Анализ данных тестирования 64 больных (100%) показал, что 20 (31,3%) из них оценили свое КЖ как «очень низкое». «Низкие» и «средние» оценки итогового КЖ были получены у 27 (42,2%) и 17 (26,5%) интервалах «хорошего» КЖ. Оценок «высокого» качества жизни ни в одном случае не получено. Для улучшения качества жизни больных особое внимание уделяется подбору и дозе антиэпилептического препарата. При сравнительном плацебо-контролируемом исследовании ламотриджин показал хорошие результаты в отношении концентрации внимания и умственной активности у пациентов с эпилепсией.

Вывод. Когнитивные расстройства при эпилепсии являются одним из важнейших компонентов клинической картины заболевания, существенно влияющих на качество жизни и социальную адаптацию пациентов. В связи с расширением представлений о комплексном негативном влиянии когнитивных расстройств на качество жизни больных эпилепсией, в настоящее время качество жизни признана важным компонентом программы лечения больных эпилепсией.

ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ С УЧЕТОМ ДИНАМИКИ КЛИНИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ШИЗОФРЕНИИ

Кучкаров У.И., Ходжаева Н.И.
Бухарский государственный
медицинский институт, г.Бухара
www.KuchkarovU76@mail.ru

Актуальность. Охрана психического здоровья населения находится в центре внимания ученых всего мира и является одним из приоритетных направлений здравоохранения Республики Узбекистан. Авторами показана высокая распространенность когнитивных нарушений у больных шизофренией. Когнитивный дефицит наряду с продуктивной и негативной симптоматикой рассматривается как третья ключевая группа симптомов при шизофрении. При этом отмечается, что когнитивные нарушения являются сильным предиктором неблагоприятного социального и трудового исхода заболевания. Когнитивные функции являются важными индикаторами состояния у больных шизофренией и определяют социальный прогноз заболевания, степень трудовой и социальной дезадаптации больных. В последнее время в отечественных и зарубежных исследованиях возрастает интерес к более глубокому и детальному изучению нейрокогнитивного дефицита при шизофрении.

Цель и задачи исследования. Определить особенности когнитивных расстройств и разработать современные методы лечения больных шизофренией. Изучение социальных факторов и их значимости в оценке когнитивных расстройств. Обосновать корреляционную взаимосвязь социальных факторов в диагностике и степени

тяжести когнитивных расстройств. Разработать новые направления дифференцированной терапии и тактики при различных проявлениях когнитивных расстройств с учетом динамики клинико-социологических параметров заболевания. На основе полученных результатов разработать алгоритм диагностики и лечения.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 199 больных, 106 мужчин (53,3%) и 93 женщин (46,7%). Возраст больных составлял от 30 до 50 лет (в среднем $42,5 \pm 8,3$ лет); длительность заболевания - $5,7 \pm 2,2$ года, которые соответствовали диагностическим критериям МКБ-10 для шизофрении. Когнитивная функция у больных оценивалась Монреальской шкалой который состоит из 15 подтверждений. На каждого больного заполнялась анкета с включением социально-демографических показателей (пол, возраст, место жительства, образование, семейный статус, занятость/инвалидность), клинические характеристики. В браке состояли 52 пациента (26,1%), 27 человек (13,5%) были разведены, а остальные 120 чел. (60,3%) -никогда не были замужем или женаты. Большинство пациентов - 84 чел. (42,2%) имели среднее специальное образование, высшее образование получили 24 чел. (12,1%), незаконченное высшее - 17 чел. (8,5%), среднее - 49 чел. (24,6%); незаконченное среднее - 25 чел. (12,6%). На момент обследования работали 44 чел. (22,1%), остальные 86 чел. (43,2%) не работали и не учились, причем 69 чел. (34,7%) уже на этом этапе заболевания имели группу инвалидности по психическому заболеванию.

Результаты исследования. Диагноз больных установлен согласно МКБ-10 Шизофрения непрерывная, шизофрения эпизодическая с нарастающим дефектом, шизофрения эпизодическая со стабильным дефектом. Больные разделены на 3 группы. В основной группе больным назначено АН (рисперидон, кетилепт, оланзапин)+ноотропы (Бролизеф), в контрольной группе назначено отечественные нейролептики+ноотропы. Когнитивные функции были оценены в начале в конце курса лечения. Динамика состояния когнитивных функций, оцениваемых по выполнению больными ряда тестов, показала улучшение в процессе терапии в обеих группах. Изменения суммарной среднегрупповой оценки по шкале MMSE оказались достоверными в контрольной группе к окончанию по сравнению с исходной оценкой, в основной группе достоверное

улучшение отмечалось уже через месяц терапии и сохранялось до окончания лечения. У 90% больных отмечалось улучшение распределения внимания. Увеличилась продуктивность зрительной памяти, но снизились: объем рабочей памяти с 7,9 до 7,3 слов; устойчивость – с 4,9 до 3,5 слов при отсроченном воспроизведении, продуктивность зрительной памяти – с 5,5 до 4,4 баллов.

Сравнительный анализ динамики когнитивного функционирования в группах, в зависимости от течения болезни, показал, что в основной группе изменения результатов обследования в конце курса лечения занимают более благоприятное положение в отношении большинства показателей, и достигает до степени статистической значимости.

Обычные антипсихотические препараты были мало результативны в когнитивных областях и часто приводят к экстрапирамидным побочным эффектам, которые требовали антихолинергического лечения. Лечение атипичными антипсихотическими препаратами с включением ноотропов приводит к достоверному улучшению когнитивных функций. Приспособляемость больных шизофренией к хроническому патологическому процессу, к условиям жизни в семье и обществе является одной из благоприятных предикторов для временного улучшения когнитивных функций. Нарушение когнитивных расстройств больных шизофренией зависят от клинических форм заболевания, преобладания негативной или позитивной симптоматики, и оптимального соотношения фармакотерапии.

Лёгкие когнитивные нарушения преобладают у больных с диагнозом Шизофрения непрерывная и составляют 16%. Умеренные когнитивные нарушения встречаются у 72% больных с диагнозом Шизофрения эпизодическая со стабильным дефектом. Тяжёлые когнитивные нарушения преобладают у 22% больных с диагнозом Шизофрения непрерывная. Установлены взаимообусловленность и сочетание внутренних и внешних влияний на формирование тяжести когнитивных расстройств.

Атипичные нейролептики регулируют и контролируют состояние психики, блокируя возникновение психопатологических нарушений. Более быстрая и выраженная положительная динамика когнитивной деятельности наблюдалась в группе больных, получавших комбинированную терапию атипичных нейролептиков и

ноотропов. В большей степени для развития когнитивных нарушений большую роль играет не только манифестация болезни, но и клиничко-социальные факторы. Атипичные нейролептики регулируют и контролируют состояние психики, блокируя возникновение психопатологических нарушений. На фоне терапии все когнитивные параметры, моторные навыки и исполнительная функция достоверно изменились в положительную сторону. Обнаружен ряд характерных особенностей влияния ноотропных препаратов на динамику когнитивного дефицита при шизофрении. Своевременная ранняя диагностика, тактика лечения, семейная и социальная поддержка больных приводит к повышению когнитивных функций.

Вывод. Оценка нейрокогнитивной функции у больных шизофренией позволяет осуществлять дополнительную диагностику состояния пациентов, определяя их функциональные возможности и реабилитационный потенциал. При сочетанном применении атипичных нейролептиков и ноотропных препаратов положительно влияет на когнитивные функции и приводит к значительным, длительным и клинически значимым улучшениям когнитивного функционирования.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Кучкаров У.И., Илёсов Б.У., Ашурова Р.Р.

Бухарский государственный
медицинский институт, г.Бухара
www.KuchkarovU76@mail.ru

Актуальность. Шизофрения на сегодняшний день остаётся высоким показателем распространенности и госпитализации, 39,9% случаев от общего числа инвалидов по психическим заболеваниям. Шизофрению рассматривают как полиморфное эндогенное расстройство связанных с дезинтеграцией процессов мышления и эмоциональных реакций с формированием дефекта необратимыми изменениями личности и угнетением психической активности. Когнитивные расстройства выделяются в отдельный кластер патологических нарушений наряду с позитивной и негативной симпто-

матикой и определяются как один из компонентов шизофренического дефекта, затрудняющего социальную адаптацию и приводящего к формированию ряда вторичных нарушений.

Цель. Выявить специфику нарушения и разработать алгоритм лечения когнитивных функций у больных шизофренией.

Задачи. Определить особенности и оценить проявления когнитивных дисфункций у больных шизофренией с разной степенью выраженности психического дефекта.

Материалы и методы. С целью осуществления поставленных задач были выбраны следующие методы исследования: клинико-психологический, экспериментально-психологический и статистический.

Результаты и обсуждение. При распределении исследуемых на основании определения степени выраженности психического дефекта выделены три группы. В группу пациентов с легкой степенью вошли 14 человек, в возрасте от 25 до 40 лет, со стажем заболевания от 5-10 лет. Группу пациентов с умеренной степенью выраженности психического дефекта составили 26 человек, в возрасте от 25 до 40 лет, со стажем заболевания от 10-15 лет. В группу пациентов с выраженной степенью выраженности психического дефекта вошли 28 человек в возрасте от 25 до 40 лет, со стажем заболевания от 10-15 лет.

В группе больных с легкой степенью выраженности психического дефекта преобладают пациенты с параноидной (60%) и простой (41%) формой, непрерывно-прогредиентным (45%) типом течения. В группе больных с умеренной степенью выраженности психического дефекта преобладают пациенты с параноидной (75%) формой, приступообразно-прогредиентным (51%) типом течения. В группе больных с выраженной степенью выраженности психического дефекта преобладают пациенты с параноидной (72%) формой, приступообразно-прогредиентным (52%) типом течения, отягощенные наследственностью (64%).

При проведении сравнительного анализа состояния когнитивных функций у больных с параноидной и простой формами шизофрении было выявлено: состояние кратковременной памяти у больных с простой формой шизофрении представляется более сохранным, соответствующим нормативным показателям по сравнению с пациентами с параноидной формой шизофрении; у больных

параноидной формой шизофрении чаще выявляются случаи конфабулирования, чем у больных с простой формой шизофрении; истощаемость процесса мышления при параноидной форме шизофрении выявляется в более выраженной степени и встречается чаще, чем у больных простой формой шизофрении.

Вывод. Применение новых фармакологических средств в лечении и реабилитации приводит к повышению их эффективности и качества, увеличению адаптационных и компенсаторных возможностей больных шизофренией. Сравнительный анализ когнитивных дисфункций у больных шизофренией и лиц с расстройствами шизофренического спектра уточняют научные представления современной патопсихологии о специфике нарушений когнитивных функций у больных шизофренией с разной степенью выраженности психического дефекта.

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ОБРАЩЕНИЙ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Логачева А. А., Струкова Е. Ю.
ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая
клиническая больница» Россия,
anzhela.log@mail.ru

В настоящее время наблюдается значительное социальное расслоение общества и снижение уровня жизни некоторых категорий населения, особо нуждающихся в социальной защите.

У лиц, страдающих психическими расстройствами, в силу специфичности заболевания, возникает ряд серьезных проблем, связанных с социальным функционированием. Имея низкие адаптационные способности, большую уязвимость с точки зрения материального благополучия, уровня здоровья, внутрисемейного климата, лица, страдающие психическими расстройствами, оказываются перед множеством нерешенных проблем. Вследствие психического заболевания человек теряет работу, изменяется его трудовой статус. Это приводит к его изоляции от общества и родных, разрыву социальных связей, ограничению социального взаимодействия.

Поэтому при оказании психиатрической помощи необходимо учитывать не только психический статус, но и социально-психологический, подразумевая весь комплекс клинико-психопатологических проявлений болезни во влиянии на социальное функционирование больных.

Цель исследования – выявить основной спектр социально-психологических обращений пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением. Провести анализ процентного соотношения выявленных социально-психологических проблем, выявленных при обращении за психиатрической помощью в ДПНО ОГБУЗ «ТПКБ» в 2019-2021 гг. для выработки эффективных механизмов оказания медико-социальной помощи.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе психоневрологического диспансерного отделения ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница». Диспансерное психоневрологическое отделение оказывает амбулаторную специализированную психиатрическую помощь жителям города Тамбова и Тамбовского района и лечебно-консультативную помощь жителям области. Был проведен анализ медицинской документации 2019-2021 гг. В течение исследуемого периода под наблюдением в ДПНО ежегодно находилось около 8 тысяч человек, из которых 82% составляют лица старше 18 лет. В среднем ежегодно в диспансерной группе наблюдается 36% от всех взрослых пациентов, 64% состоят в группе консультативного наблюдения.

Пациенты психоневрологических диспансеров, являющиеся инвалидами в связи с психическим расстройством, как правило, сталкиваются со значительным количеством нерешенных проблем в социально-бытовой сфере. Поэтому, работа с пациентом на участке включает в себя не только наблюдение за психическим состоянием пациентов для проведения своевременной коррекции лечения, но и выявление социально-психологических проблем, связанных с особенностями психического заболевания.

Пациенты, нуждающиеся в социальной помощи и поддержке, выявлялись следующим образом

- врачом в ходе амбулаторного приема
- при непосредственном обращении пациента за помощью к специалисту по социальной работе или психологу

- при активном посещении пациента на дому
- получение письменного обращения от соседей, органов опеки и других учреждений по конкретному больному
- по сведениям выписного эпикриза из стационара ОГБУЗ «ТПКБ»

Полученные сведения обсуждались на БПСК для определения дальнейшей тактики ведения пациента с учетом его социально-психологических проблем.

Большинство пациентов, охваченных бригадным методом работы, находились под диспансерным наблюдением. Охват бригадным методом за исследуемый период находился в диапазоне 46,5 - 48,5 % от взрослых пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении. Для уточнения степени выраженности нарушений в различных областях жизни больного, вызванных психическим заболеванием, проводилась психосоциальная диагностика, включающая в себя изучение жилищно-бытовых условий, уровня материальной обеспеченности, степени компетентности в вопросах самообслуживания, взаимоотношений в семье и с ближайшим окружением.

Анализ полученных данных позволил выявить особенности данного контингента в отношении течения заболевания, динамики инвалидности, и, самое важное, уязвимые стороны социального функционирования пациентов, что в дальнейшем позволило сформулировать задачи по их реабилитации

Чаще всего за помощью в решении социально-психологических проблем обращались пациенты с длительностью заболевания более 5 лет с частотой госпитализаций не менее 1 раза в год. Однако, обращает на себя внимание группа пациентов, которые, несмотря на относительно умеренное снижение уровня когнитивных и интеллектуально-мнестических способностей, испытывали трудности, связанные с социальной активностью. К специалистам с данными проблемами обращались не сами пациенты, а их ближайшие родственники. Пациенты данной категории нуждались в расширении круга общения, восстановлении когнитивных и коммуникативных навыков, помощи в организации социальной занятости, досуга. Наиболее широкий спектр социально-психологических проблем был выявлен у хронически психически больных, имеющих в анамнезе длительные госпитализации. Такие пациенты нуждались в форми-

ровании утраченных навыков независимого проживания, самообслуживания, распределения бюджета. Эти проблемы усугублялись в случае недостаточных или утраченных социальных связей.

Выявленные проблемы были условно объединены в 4 блока:

- проблемы социальной адаптации – 25%,
- проблемы социально-бытового характера – 24%,
- проблемы коммуникации и взаимоотношений – 44%,
- проблемы социальной занятости – 21%.

Пациентам, испытывающим трудности в социальной адаптации, предлагалось участие в программе «Жилье под защитой» с различным уровнем социальной поддержки и контроля. К решению проблем социально-бытового характера привлекались социальные службы города по обслуживанию населения. Для повышения коммуникационного уровня и расширения социальных связей пациентам предлагалось посещение групповых занятий, тренингов, Клубного дома. Проблемы социальной занятости пациентов решались совместно с ТРОО ООИ «Новые возможности» и АНО ЦР «Прозрение». Пациенты смогли принять участие в образовательных программах на основе профессиональной и творческой деятельности, которые реализуются совместно с некоммерческими организациями.

Выводы. Использование в работе ДПНО бригадного метода работы с участием врачей-психиатров, психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников, способствует не только выявлению комплекса клинко-психопатологических проявлений болезни, но и помогает определить их влияние на социальное функционирование больных, что в дальнейшем дает возможность сформулировать конкретные задачи по их реабилитации. Привлечение пациентов к участию в социально-значимых мероприятиях, обучение их правильной организации режима труда и отдыха, приверженности здоровому образу жизни, соблюдению лекарственного режима способствует увеличению длительности ремиссии. Тесное сотрудничество с социальными службами города по обслуживанию населения и НКО позволяет оказывать социальную помощь пациентам качественно и в максимальном объеме. Развитая система внебольничной помощи с опорой на сообщество помогает предотвратить негативные последствия психического заболевания у пациентов в вопросах успешного социального функционирования.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НАСЕЛЕНИЯ СТАРШЕ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Логинова А.Ю.

государственное учреждение
«Республиканский научно-практический
центр психического здоровья»,
Минск, Беларусь
hanna.loginava.belorusko@mal.ru

В настоящее время в Республике Беларусь наблюдается изменения в половозрастной структуре населения в сторону увеличения старших возрастных групп. Учитывая растущую численность пожилых людей, актуальной задачей является проведение исследований по изучению состояния их здоровья.

Переход человека в группу лиц пожилого возраста существенно изменяет его взаимоотношения с обществом и большинство ценностно-нормативных понятий, в том числе цель и смысл жизни, в связи с этим все более актуальной становится проблема употребления людьми пожилого возраста психоактивных веществ, и в первую очередь алкоголя и лекарственных средств с седативным и снотворным эффектами (Короткевич Т.В., Голубева Т.С., Логинова А.Ю., Жилевич Л.А., 2022).

Целью настоящего исследования явилось выявление особенностей динамики показателей общей и первичной заболеваемости наркологическими расстройствами населения Республики Беларусь старше трудоспособного возраста.

Материалы и методы. Для расчета показателей заболеваемости использовались статистические данные формы государственной статистической отчетности 1-наркология (Минздрав) «Отчет о заболеваниях психическими расстройствами в связи с употреблением психоактивных средств и контингентах пациентов» за 2011 – 2021 годы. Для расчета интенсивных показателей использовали данные Национального статистического комитета Республики Беларусь о численности и половозрастной структуре населения.

Расчет показателей общей и первичной заболеваемости наркологическими расстройствами лиц старше трудоспособного возраста проводился с учетом изменений пенсионных возрастов, утвержденных Указом Президента Республики Беларусь от 11.04.2016 № 137 «О совершенствовании пенсионного обеспечения».

Для статистической обработки применялась программа Microsoft Excel 10. При анализе данных были применены описательно-оценочные методы исследования.

Результаты и их обсуждение. При анализе показателей общей заболеваемости наркологическими расстройствами населения Республики Беларусь в период 2011 – 2021 годы выявлена тенденция к снижению данного показателя (средний темп прироста составил - 3,34 %).

При анализе показателей общей заболеваемости наркологическими расстройствами населения Республики Беларусь старше трудоспособного возраста в 2011 – 2021 годы выявлена тенденция к росту данного показателя со средним темпом прироста +4,57 %.

Показатели общей заболеваемости наркологическими расстройствами населения Республики Беларусь в данный период колебались от 3837,4 ‰ в 2011 году до 2689,4 ‰ в 2021 году. Максимальные показатели общей заболеваемости среди данной группы населения зарегистрированы в 2011 и 2012 годах и составили 3837,4 ‰ и 3796,2 ‰ соответственно. Минимальные показатели общей заболеваемости среди данной группы населения зарегистрированы в 2020 и 2021 годах и составили 3273,0 ‰ и 2689,4 ‰ соответственно.

Показатели общей заболеваемости наркологическими расстройствами населения старше трудоспособного возраста в данный период колебались от 595,6 ‰ в 2011 году до 977,7 ‰ в 2019 году. Максимальные показатели общей заболеваемости среди данной группы населения зарегистрированы в 2019 и 2020 годах и составили 977,7 ‰ и 945,8 ‰ соответственно. Минимальный показатель общей заболеваемости среди данной группы населения зарегистрирован в 2011 году и составил 595,6 ‰.

Наибольший вклад в общую заболеваемость наркологическими расстройствами населения старше трудоспособного возраста в исследуемый период вносили случаи синдрома зависимости от алкоголя (хронический алкоголизм), F10.2, F10.3, F10.8, F10.9 (от

464,20‰ в 2011 г. до 719,4‰ в 2021 г.); а также употребления алкоголя с вредными последствиями, F10.1 (от 103,7‰ в 2011 г. до 338,89‰ в 2019 г.).

Интенсивные уровни общей заболеваемости алкогольными психозами населения старше трудоспособного возраста, F10.4 - F10.7, колебались от 26,42‰ в 2011 г. до 14,41‰ в 2016 г. В структуре общей заболеваемости наркологическими расстройствами населения старше трудоспособного возраста произошли изменения: удельный вес случаев употребления алкоголя с вредными последствиями увеличился с 21,3% в 2015 году до 35,6% в 2020 году. Соответственно, снизилось количество случаев хронического алкоголизма с 75,9% в 2015 году до 62,1% в 2020 году. Случаи употребления алкоголя с вредными последствиями и хронический алкоголизм занимали более 97% в структуре наркологических расстройств населения старше трудоспособного возраста.

Таким образом, в Республике Беларусь на фоне снижения общей заболеваемости населения наркологическими расстройствами формируется тенденция к росту общей заболеваемости указанными расстройствами населения старше трудоспособного возраста, что свидетельствует о накоплении наркологических расстройств среди лиц старших возрастов в популяции.

При анализе показателей первичной заболеваемости наркологическими расстройствами населения Республики Беларусь в 2011 – 2021 годах выявлена тенденция к её снижению со среднегодовым темпом прироста, равным - 8,49 %.

Показатели первичной заболеваемости наркологическими расстройствами населения Республики Беларусь в данный период колебались от 828,2 ‰ в 2011 году до 312,1 ‰ в 2021 году. Максимальные показатели первичной заболеваемости среди населения зарегистрированы в 2011 и 2013 годах и составили 828,1 ‰ и 742,7 ‰ соответственно. Минимальные показатели первичной заболеваемости зарегистрированы в 2020 и 2021 годах и составили 431,7 ‰ и 312,1 ‰ соответственно.

Средний удельный вес случаев наркологических расстройств среди городского населения составлял 71,7%, среди сельского населения – 28,3%.

При анализе первичной заболеваемости наркологическими расстройствами населения Республики Беларусь старше трудоспособного возраста в 2011 – 2019 годы выявлена тенденция к росту заболеваемости со средним темпом прироста +6,2%. Вместе с тем, в 2020 - 2021 годах отмечено снижение первичной заболеваемости наркологическими расстройствами среди данной группы населения с темпом прироста равным – 26,4% и – 31,7% соответственно, что связано с ограничительными мерами для населения данной возрастной группы в период эпидемии инфекции COVID-19.

Пациенты старше трудоспособного составили в среднем около 4,9% от всех впервые выявленных пациентов с наркологическими расстройствами.

Показатели первичной заболеваемости наркологическими расстройствами населения старше трудоспособного возраста в данный период колебались от 107,5‰ в 2011 году до 169,8‰ в 2019 году. Максимальные показатели первичной заболеваемости в данной группе населения зарегистрированы в 2018 и 2019 годах и составили 156,4‰ и 169,8‰ соответственно. Минимальные показатели первичной заболеваемости среди пациентов старше трудоспособного возраста зарегистрированы в 2011 и 2021 годах и составили 107,5‰ и 85,3‰ соответственно.

Таким образом, в Республике Беларусь снижается первичная заболеваемость населения наркологическими расстройствами. Вместе с тем, требуется дальнейшее наблюдение за динамикой первичной заболеваемости наркологическими расстройствами населения старше трудоспособного возраста.

В гендерной структуре первичной заболеваемости данной группы населения преобладали мужчины, средний удельный вес которых в указанные годы составил 78,1%. Средний удельный вес женщин составил 21,9%. Однако, наблюдается устойчивый рост удельного веса женщин старше трудоспособного возраста в структуре пациентов с впервые выявленными наркологическими расстройствами с 16,2% в 2012 году до 27,4% в 2020 году, 25,2% в 2021 году.

Наибольший вклад в первичную заболеваемость наркологическими расстройствами населения старше трудоспособного возраста вносили случаи синдрома зависимости от алкоголя (хронический алкоголизм), F10.2, F10.3, F10.8, F10.9 (от 55,52‰ в 2013 году до 66,38‰ в 2019 году), а также употребления алкоголя с

вредными последствиями, F10.1(от 34,37‰ в 2011 году до 94,47‰ в 2019 году).

Интенсивные уровни первичной заболеваемости алкогольными психозами населения старше трудоспособного возраста, F10.4-F10.7, колебались от 6,74‰ в 2011 году до 4,75‰ в 2016 году, затем от 6,71‰ в 2017 году до 8,42 ‰ в 2019 году и 5,18‰ в 2020 году.

В структуре впервые наркологических расстройств у населения старше трудоспособного населения наметились изменения: постепенное увеличение удельного веса случаев употребления алкоголя с вредными последствиями, с 47,3% в 2015 году до 55,7% в 2019 году. В то же время наблюдалось снижение удельного веса случаев хронического алкоголизма с 47,0% в 2015 году до 39,6% в 2018 году и 39,1% в 2019 году. Данные классы заболеваний суммарно составляли более 95% от всех впервые регистрируемых наркологических расстройств у пациентов старше трудоспособного возраста в структуре первичной заболеваемости от всех впервые регистрируемых наркологических расстройств у пациентов старше трудоспособного возраста в структуре первичной заболеваемости.

Невысокие уровни первичной заболеваемости среди населения старше трудоспособного возраста зарегистрированы для наркоманий, употребления наркотических средств с вредными последствиями, токсикоманий.

Показатели первичной заболеваемости синдромом зависимости от наркотических средств (F11.(2-9) - F 16.(2-9), F18.(2-9) населения старше трудоспособного возраста от 0,00 ‰ в 2011 году до 0,18 ‰ в 2020 году. Показатели первичной заболеваемости употребления наркотических средств с вредными последствиями (F 11.1-16.1, F 18.1, F 19.1) населения старше трудоспособного возраста составили от 0,00 ‰ в 2011 году до 0,14 ‰ в 2021 году.

Показатели первичной заболеваемости токсикоманиями (F13.(2-9), F15.(2-9) - F19.(2-9) населения старше трудоспособного возраста составили от 0,05 ‰ в 2011 году до 0,27 ‰ в 2020 году.

Заключение. Выявленные эпидемиологические особенности наркологических расстройств могут быть использованы при организации первичной и специализированной помощи населению старших возрастных групп, а также при разработке и внедрении организационных подходов, направленных на предупреждение указанных расстройств у лиц данной возрастной категории.

ТИПОЛОГИЯ ПРИЧИН НАРУШЕНИЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Лутова Н. Б.

ФБГУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева»

Минздрава Российской Федерации

Санкт-Петербург, Россия

lutova@mail.ru

Тяжелые психические заболевания, на долю которых приходится 14% глобального бремени болезней и 30% бремени смертельных заболеваний [WHO; 2008.; WHO., 2016.; World Bank Group and, WHO., 2016.], требуют проведения последовательной и длительной медикаментозной терапии, которое часто затруднено, главным образом вследствие нарушений приверженности лечению со стороны пациентов. Изучение причин и последствий нарушений соблюдения режима назначенных врачом лекарств, а также поиск подходов улучшения медикаментозного комплаенса у больных, страдающими тяжелыми психическими расстройствами (ТПР) имеет почти тридцатилетнюю историю, но не теряет своей актуальности. Большое количество современных исследований, сфокусированных на оптимизации терапевтической помощи больным ТПР и анализе неудач [Howes, O. D., et al, 2017; Kane, J. M., et al., 2019], свидетельствуют о значительной роли нарушений медикаментозного комплаенса, как части «псевдорезистентности» [Garcia, S., et al., 2016; Howes, O. D., et al., 2017; Kane, J. M., et al., 2019; de Bartolomeis, A., et al., 2018; McCutcheon, R., et al., 2015; McCutcheon, R., et al., 2018], затрудняющей оценку эффекта применяемых лекарственных средств и приводящей к неполному и неудовлетворительному результату лечения. Это особенно актуально, поскольку несмотря на доступность высокопотентных лекарственных средств, имеющих лучшую переносимость и безопасность, распространенность нарушений комплаенса остается удручающей. Данные недавнего систематического обзора, включавшего 46 исследований, подтвердили, что в целом 49% больных с тяжелыми психическими расстройствами не соблюдали режим приема психотропных средств. Из них несоблюдение приема психотропных препаратов при шизофрении, большом

депрессивном расстройстве и биполярном аффективном расстройстве составило 56%, 50% и 44% соответственно [Semahegn A., et al., 2020]. Медикаментозный нонкомплаенс увеличивает риск обострений, снижения эффективности лечения или восприимчивости к последующей терапии. Другие последствия несоблюдения режима лечения включают повторные госпитализации, низкое качество жизни больных и неблагоприятные психосоциальные исходы, рост сопутствующих заболеваний, растрату ресурсов здравоохранения и рост самоубийств [Farooq S, Naeem F., 2014; Colom F, Vieta E., 2002; Smith F, Clifford S., 2011; Lindstrom E, Bingefors K., 2000; Dunn LB, et al., 2002; Burton WN, et al., 2007]. Существующие проблемы, связанные с нонкомплаенсом диктуют необходимость разработки соответствующих вмешательств для достижения желаемых целей лечения как для пациентов, так и для медицинских работников. При этом особенно актуальным представляется разработка персонализированных вмешательств, основанных на диагностике причин нарушений приверженности больных медикаментозной терапии с целью их большей эффективности и сбережения ресурсов здравоохранения.

Целью настоящей работы стала типологизация больных по показателям нарушений медикаментозного комплаенса.

Для достижения поставленной цели было обследовано 426 больных от 18 до 70 лет, получавших стационарное лечение в отделении интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. Из них 36,4% - мужчины, 63,6% - женщины. Длительность заболевания $M(x)$ 90,19 месяцев, σ - 95,98 мес., количество декомпенсаций $M(x)$ 3,82, σ - 3,39. Согласно диагностическим критериям МКБ-10 обследованные относились к рубрикам: F2 - 320 человек и F3 - 106 пациентов. Для оценки уровня и структуры медикаментозного комплаенса была использована шкала медикаментозного комплаенса (ШМК), разработанная в НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева [Lutova N., et al., 2009]. Использовались статистические методы: множественный регрессионный и факторный методом Варимакс и кластерный анализ методом Штейнгауза (к-средних), а также метод байесовской классификации. Для всех тестов был установлен порог статистической значимости $p < 0,05$.

Результаты: С целью решения задачи классификации было произведено разделение исходного множества больных с различными характеристиками комплаенса на классы (кластеры) и на этой

основе создана типология комплаентности среди больных, страдающих тяжелыми психическими заболеваниями. Обобщенные характеристики медикаментозного комплаенса (латентные факторы) использовались для типологии больных в соответствии с типами нарушений приверженности больных медикаментозной терапии.

В соответствии с интерпретацией латентных факторов можно дать содержательную характеристику сформированных кластеров:

— кластер 1 (129 больных) – это низкомотивированные больные с достаточной активностью и невысокой остротой заболевания. Их низкая мотивация к лечению обусловлена субъективным отсутствием давления страданием. Для данной категории больных высока угроза отказа от медикаментозного лечения по мотиву: «я чувствую себя неплохо и у меня нет причин принимать лекарства». Проблематичность приверженности медикаментозному лечению этой группы пациентов подтверждается достоверно более низкими показателями общего балла ШМК, а также субшкал: «факторы отношения к медикации», «факторы, связанные с близким окружением» и «факторы, связанные с врачом» в сравнении с пациентами, относящимися к другим кластерам. Эту группу пациентов можно описать как «активных противников лечения», поскольку, имея невысокую выраженность заболевания и достаточный уровень активности, они негативно относятся к медикации, не имея должной поддержки близких относительно фармакотерапии и противодействия выстраиванию терапевтических отношений.

— кластер 2 (140 больных) – это пациенты с умеренной мотивацией к лечению, имеющие наиболее выраженное снижение активности и высокий уровень остроты заболевания. Для этой группы больных не свойственно выраженное психологическое противодействие медикации, в целом они испытывают желание улучшить свое состояние, поскольку ощущают дискомфорт из-за болезненных проявлений. Препятствиями для их комплаентности, в первую очередь, является выраженность психопатологической симптоматики, в частности таких симптомов как «притупленный аффект» и «нарушения абстрактного мышления», нарушающие готовность и возможность пациента следовать выполнению лекарственных назначений. Среди этих больных наблюдается наиболее низкий показатель субшкалы «факторы, связанные с пациентом», а показатели других субшкал и значение общего

балла ШМК занимают срединное положение при сравнении показателями больных из 1 и 3 кластеров.

Таким образом, пациентов, относящиеся к кластеру 2, можно квалифицировать как «неустойчивых относительно комплаенса», поскольку их показатели отношения к медикации лучше, чем у предыдущей когорты больных. Они имеют поддержку близкого окружения, достаточно удовлетворительный показатель терапевтического альянса, но их собственные ресурсы ослаблены морбидными (самый низкий показатель субшкалы «факторы, связанные с пациентом»), что и нарушает комплаентное поведение.

— кластер 3 (157 больных) – пациенты с высокой мотивацией к лечению, высоким уровнем активности и средней выраженностью остроты заболевания. Такой профиль комплаентности дает возможность больным воспользоваться эффектами психофармакотерапии при наличии давления страданием за счет выраженности остроты заболевания. Средние значения показателей всех субшкал и общего балла ШМК у больных, относящихся к кластеру 3, оказались достоверно выше по сравнению с двумя другими кластерами. Исходя из полученных данных, эту когорту пациентов можно охарактеризовать как «активно комплаентных», так как они положительно настроены относительно медикации и, имея достаточный уровень активности, пытаются избавиться от имеющихся симптомов, поддерживая терапевтический альянс и имея поддержку близких.

Заключение: в литературе предлагаются различные виды вмешательств, направленные на улучшение приверженности больных медикаментозной терапии: образовательные, поведенческие, семейные и технологические, каждый из которых требует использования ресурсов. При этом предлагаемые методы не учитывают причин нарушений комплаенса больных, что, вероятно, может снижать их результативность. Выделенные кластеры больных позволяют лучше понять причины снижения уровня приверженности лечению и на этом основании формировать более сфокусированные и персонализированные программы коррекции приверженности медикаментозному лечению в соответствии с современными тенденциями персонализации и сбережения ресурсов здравоохранения.

РОЛЬ ПСИХОФАРМАКО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ПСОРИАЗА

Р.Х. Махмутов М.Л. Аграновский, А.Б. Рахматов.
Андижанский государственный медицинский институт.
г. Андижан. E-mail: *agrmark@mail.ru*
Республиканский специализированный
научно-практический медицинский
центр дерматологии и венерологии Министерства
здравоохранения. г. Ташкент. *rakhmatov1953@gmail.com*
Ферганский медицинский институт
общественного здоровья. г. Фергана.
rustam.makhmutov.1988@mail.ru

Актуальность исследований: В настоящее время как и во всём мире, так и в Узбекистане уже известно о наличии многих литературных данных, подтверждающих рост числа больных, страдающих различными дерматозами, в том числе и псориазом, сочетающиеся с теми или иными психическими расстройствами. В условиях Узбекистана, узбекского менталитета наличие видимого дерматологического дефекта ещё больше ухудшает состояние больных псориазом ввиду возможно высокой стигматизации в обществе, не принятия данной болезни как не заразной и убежденностью основной части населения в большой вероятности обязательной наследственной предрасположенности, что является препятствием для заключения браков, которые считаются важным атрибутом жизни местного населения

Цель исследования. Определить характер результативности психофармакотерапевтического лечения психопатологических расстройств невротического регистра у больных с различными формами псориаза.

Материал и методы. На базе Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматологии и косметологии и венерологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, в дальнейшем в поликлинике и отделении Ферганского областного кожно-венерологического диспансера №2 в городе Коканде, а также в отделениях Ферганского областного

кожно-венерологического диспансера №1 в городе Фергане нами были обследованы 80 больных псориазом (мужчины - 50 человек, женщины - 30 человек) в возрасте от 18 до 72 лет, которые принимали амбулаторное и стационарное лечение.

Были обследованы и изучены больные со следующими формами псориаза: вульгарная – у 40 больных, артропатическая – у 20, экссудативная – у 14, эритродермитическая – у 6 больных. В ходе диагностической беседы с пациентами стало известно, что у 56 из 80 больного первые псориазные высыпания появились после психоэмоциональных стрессов и, как правило, сопровождались субъективными ощущениями.

Обследование больных псориазом проводилось клинико-анамнестическими и клинико-психопатологическими методами, а также путем психологического тестирования с помощью определенных шкал.

Результаты. В анамнезе у 56 (70%) пациентов (30 - мужчин, 26 - женщин) было выявлено наличие психотравмирующей ситуации до болезни: смерть родственника – у 8 мужчин, 6 женщины; финансовые проблемы – у 8 мужчин, 3 женщины; транспортные аварии – у 6 мужчин, 4 женщины; развод (семейные проблемы) – у 6 мужчины, 10 женщин; пожар – у 2 мужчин, 3 женщины.

У 70%, 56 пациентов (30 мужчины и 26 женщин) были выявлены те или иные психические расстройства невротического регистра, основными проявлениями которых были раздражительность, пониженное настроение, нарушение сна, страх и тревога. У определённых больных отмечалось наличие суицидальных мыслей, что уже само по себе должно настораживать лечащих врачей, а также сильные переживания своего внешнего вида, связанные с кожным процессом. Всё это существенно и отрицательно влияло на качество жизни пациентов.

Вышеперечисленные симптомы были в комплексе и встречались по отдельности, отражая то или иное невротическое состояние пациентов. У большинства из них (65%) отмечалась хронификация невротического состояния, которая была представлена в виде невротического развития личности по тревожно-фобическому типу. У небольшого количества больных (15%) было развитие по обсессивно-компульсивному типу. У 7% наблюдалось развитие

личности по истерическому типу. 13% пациентов отмечали состояние, характеризующееся как невротическая депрессия.

В связи с внутренним дискомфортом на фоне вышеперечисленных симптомов у больных псориазом отмечались частые конфликты как на работе, так и в семье, в кругу друзей, родных и близких. Это приводило к частым ссорам, конфликтам и даже нервным срывам. В конце концов у некоторых из них конфликтные ситуации не разрешившись закончились увольнением с работы и разводом, разрывом отношений с друзьями, родственниками и близкими.

Для коррекции вышеперечисленных психопатологических расстройств у обследованных больных псориазом были применены лекарственные препараты, оказывающие влияние на нервно-психическую систему. Основными проявлениями психопатологических расстройств, на которые была нацелена психофармакотерапия были раздражительность, пониженное настроение, нарушение сна, страх и тревога, суицидальные мысли, переживания своего внешнего вида, связанные с кожным процессом. Применение седатиков, ноотропов и анксиолитиков у пациентов с преобладанием в клинике тревожно-фобических, обсессивно-компульсивных и истерических расстройств было очень результативным. Пациентам с проявлениями невротической депрессии хорошо помогали антидепрессанты. Следует отметить, что частота и тяжесть проявления невротических, психопатологических расстройств прямо пропорционально коррелировали с тяжестью и формой течения основного заболевания. В таких случаях наряду с основным лечением нами проводилась комбинированная психофармакотерапия. Практически у всех отмечалось значительное улучшение психического состояния, а также у многих пациентов наблюдалось редуцирование основного кожного патологического процесса.

Выводы. Как видно, вышеизложенные данные могут свидетельствовать о сложной природе псориаза, о наличии психических расстройств у большинства обследуемых, а также влияние психотравмирующих факторов на возникновение и прогноз кожной патологии. Становится ясно, что психика больного имеет огромное значение в связи с обязательным присутствием тех или иных психопатологических расстройств, в том числе и невротического регистра утяжеляющих и без того сложное течение хронического, рецидивирующего и

как следствие приводящее к различным нежелательным социальным последствиям дерматологического заболевания. Поэтому представляется возможным и скорее необходимым применение психотерапии при лечении дерматологических больных.

ИЗОТЕРАПИЯ В КОРРЕКЦИИ И ДИАГНОСТИКЕ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Матвеева А. А.

Ташкентский педиатрический
медицинский институт, Ташкент, Узбекистан
anastasia.chistyakova@gmail.com

Актуальность: Основными задачами психотерапии при шизофрении являются предотвращение аутизации и изоляции больных в обществе; социальная активация и смягчение реакций больных в ответ на ситуации, связанные с болезнью и лечением; формирование критического отношения к болезни и дезактуализация психотических переживаний; потенцирование антипсихотического действия биологических методов лечения; подготовка больных к выписке и профилактика явлений внутрибольничного госпитализма. Арт-терапия как средство невербального общения. Помогает тем, кто недостаточно хорошо владеет речью, затрудняется в словесном описании своих переживаний. Она помогает в сближении людей, являясь «мостом» между медицинским психологом и пациентом.

Цель исследования: Изучить эффективность применения изотерапии как одного из методов диагностики и психотерапевтической коррекции в работе с пациентами, страдающими шизофренией

Материал и методы: Психотерапия методом арт - терапии была проведена в закрытых отделениях Городской Клинической Психиатрической Больницы города Ташкента у 64 больных мужского пола с параноидной шизофренией.

Результаты: Арт-терапевтические занятия проводились систематично 2 раза в неделю, в одно и то же время, что позволило пациентам планировать и структурировать собственную деятельность. Было предложено использовать следующие материалы:

альбомы для рисования, простые и цветные карандаши, акварельные краски, гуашь, цветные мелки, пластилин, различные крупы. Свободный выбор материала является важной движущей силой в процессе арт-терапии, так как сами материалы побуждают пациента видеть и осязать. В процессе работы оценивалось эмоциональное состояние больных до и после проведения изотерапии. 90% пациентов отмечали подъем настроения и улучшение общего состояния после психотерапии. Отмечали важность занятий, так как на них они могли выразить свое мнение и почувствовать «нужность» без критики со стороны окружающих. В ряде случаев (12%) анализ рисунков пациентов помогал в дифференциальной диагностике при постановке окончательного диагноза.

Выводы: Занятия арт-терапией в процессе психотерапевтических коррекционных мероприятий помогают улучшить качество жизни пациентов в области социального функционирования, на начальных этапах, помогая наладить контакт с медицинским персоналом и больными способствует поднятию самооценки, открывают новые творческие способности, помогают преодолеть апатию и безынициативность, сформировать более активную жизненную позицию, способствуют восстановлению навыков позитивного межличностного взаимодействия.

КОГНИТИВНЫЙ СТИЛЬ ПАЦИЕНТОВ С РЕФРАКТЕРНЫМ СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА: КОПИНГ-СТРАТЕГИИ И ПЕРФЕКЦИОНИЗМ

Мелёхин А.И.

кандидат психологических наук, доцент,
клинический психолог высшей
квалификационной категории,
Россия, г. Москва,
clinmelehin@yandex.ru

Ключевые слова: копинг-стили, синдром раздраженного кишечника, копинг-стратегии, перфекционизм, неадаптивный перфекционизм

COGNITIVE STYLE OF PATIENTS WITH REFRACTORY IRRITABLE BOWEL SYNDROME: COPING STRATEGIES AND PERFECTIONISM

Keywords: coping styles, irritable bowel syndrome, coping strategies, perfectionism, maladaptive perfectionism

Имеющиеся на данный момент биопсихосоциальные модели синдрома раздраженного кишечника (СРК) предполагают, что личностные особенности пациента (например, жесткие внутренние стандарты, придирчивость, пунитивность) и когнитивно-перцептивные особенности восприятия ситуаций как стрессовых (например, склонность к катастрофизации) играют предполагающую и поддерживающую психологическую роль в рисках рефрактерного течения данного заболевания. Напомним, что СРК на данный момент является наиболее частым диагнозом функциональных расстройств ЖКТ, одним из наиболее трудно поддающихся лечению заболеваний и оказывающее значительное инвалидизирующее влияние на качество жизни пациентов. Генетические и эпигенетические факторы, психологический накопленный макро-, микростресс, изменения в психологическом и когнитивном функционировании (нейротизм, алекситимия, соматизация аффекта, катастрофизация, тревога о здоровье) неблагоприятные жизненные события, желудочно-кишечная инфекция, нарушение иммунной регуляции при гиперчувствительности к пище, дисбиотическая микробиота кишечника и сбой в оси мозг-кишечник (изменения в висцеральной interoцепции), вовлечены в патогенез СРК. У пациентов также присутствует спектр внекишечных соматических проявлений (спектр паттернов соматизации): головная боль, скелетно-мышечная боль, симптомы учащенного мочеиспускания, депрессия, тревога и хроническая усталость (Elwing, Atassi, 2022).

Вопрос патофизиологических механизмов СРК по сей день является открытым и включают в себя учет наличия у пациента «аномального» функционирования перистальтики кишечника; висцеральной гиперчувствительности; дисфункцию оси «микробиота-кишечник–мозг»; нарушение в целостности эпителиального барьера, вызывающие аномальное изменение в проницаемости кишечника; аномальной энтероэндокринной передачи сигналов, а также

дисбиоза кишечной микробиоты из-за изменений в эмоциональной регуляции (Мелёхин, 2022).

Клиническая практика показывает, что многие пациенты с СРК (желудочно-кишечной специфической тревогой) характеризуются перфекционизмом (англ. *maladaptive perfectionism*) и что такие тенденции в сочетании с самокритичностью, придирчивостью, «недостаточностью», стремлением к «идеальному», поиску «полной гарантий» и «уверенности» побуждают их работать до изнеможения, развивать спектр перестраховочного, избегающего поведения и постоянно находиться в режиме гипермобилизации.

Несмотря на значительное количество доступных фармакологических и немедикаментозных вариантов лечения, ведение пациентов с СРК является сложной задачей, поскольку требуется индивидуальный подход. Согласно *биопсихосоциальной модели СРК Д.А. Дроссмана* (Elwing, Atassi, 2022), взаимодействие нервной системы и кишечника подразумевает, что физиологические нарушения при СРК связаны с *психологическим стрессом*, подразумевая, что существует комбинированное влияние аномального функционирования моторной, сенсорной, центральной нервной систем и желудочно-кишечного тракта (энтеральной нервной системы). Психологический стресс (перенесенный и актуальный) оказывает значительное влияние на состояние ЖКТ с точки зрения чувствительности, подвижности, секреции и проницаемости. Эти психобиологические процессы могут лежать в основе взаимосвязи между психологическими процессами или состоянием желудочно-кишечного тракта. В рамках биопсихосоциальной концептуализации ряд психологических процессов были широко изучены нами (например, алекситимия, нейротизм, проблемно-ориентированный личностный тип, эмоциональная дисрегуляция, Мелёхин, 2021; 2022), в то время как другим, включая *копинг-стратегии*, как когнитивным или поведенческим стратегиям для управления конкретными внутренними и/или внешними источниками психологического стресса, уделялось относительно мало внимания как в зарубежной (David, Fadgyas, 2021), так и российской клинической психологии и нейрогастроэнтерологии. Важность копинг-стратегий отражается в их включении в модели стресса и когнитивно-поведенческой концептуализации болезни (в том числе и СРК). Копинг стратегии в отношении СРК определяется как когнитивные и поведенческие

усилия, которые пациенты используют в ситуациях, которые они считают стрессовыми (ситуации-вызовы). На совладание влияют события ранней жизни пациента, биологические, психологические и социокультурные факторы. Высокий уровень интенсивности и катастрофизации боли, нарушения функциональности, тревога или депрессия выступают в качестве факторов, препятствующих адаптации к симптомам ЖКТ. Стратегии преодоления, ориентированные на решение проблем (поиск информации, планирование и постановка целей, а также напористая конфронтация), предназначены для *изменения* стрессовой ситуации. Стратегии преодоления, ориентированные на эмоции (поиск эмоциональной поддержки, расслабление или медитация, а также принятие желаемого за действительное), имеют дело с эмоциональным стрессом, связанным с ситуацией. Преодоление избегания включает психологические (например, когнитивное дистанцирование) и поведенческие (например, отстранение себя от ситуации) стратегии отстранения (вытеснения) от стрессовой ситуации.

Постановка задачи. Именно то, как пациент справляется со стрессом, реагирует на неопределенность, повседневные ситуации-вызовы, а не стресс как таковой, влияет на его психологическое и соматическое благополучие. Различия в копинг-стратегиях могут отличать тех, кто учится эффективно справляться со стрессовыми реакциями, и тех, кто поддается их пагубному воздействию и развивает соматические функциональные симптомы (склонность к соматизации). Роль, которую копинг-стратегии (копинг профиль пациента) играют в развитии синдрома раздраженного кишечника, является краеугольным камнем настоящего исследования. Пациенты с СРК по-разному интерпретируют стрессовые ситуации и используют разные стратегии совладания. Использование пассивных стратегий совладания со стрессом связано с более высокой тяжестью симптомов СРК и плохим качеством жизни. Отсутствие неадаптивных стратегий совладания в стрессовых ситуациях у данных пациентов вызывает интернализацию стресса и приводит к психическим расстройствам, таким как тревога или депрессия. Плохо адаптивный стиль совладания влияет на выздоровление пациентов с желудочно-кишечными заболеваниями функционального типа. Также неадаптивный перфекционизм связан с плохими совладающими реакциями на стрессовые ситуации. В связи с этим следует

изучить особенности перфекционизма и неадаптивных копинг-стилей у пациентов с СРК по сравнению со здоровой контрольной группой.

Цель исследования: изучить специфику и связь перфекционизма и копинг-стратегий, которые используют пациенты с синдромом раздражённого кишечника с рефрактерным течением, т.е. у которых симптомы стали хроническими, и они на протяжении 9–12 месяцев лечения не реагировали на соматотропное гастроэнтерологическое лечение.

Методики исследования: COPE Inventory (адаптация: Т. О. Гордеева, Е. Н. Осин, Е. А. Рассказова), R-Almost Perfect Scale (адаптация: Т. Пермякова, М. Шевелева)

Участники исследования: 1) *Основная группа* состояла из 100 женщин, средний возраст составлял 35 лет в диапазоне от 18 до 51 года, с СРК (К.58) в соответствии с Римскими диагностическим критериям IV, прошедшие полное обследование у врача-гастроэнтеролога с проведением колоноскопического обследования и направленных к клиническому психологу для психологического обследования и психотерапии. Работали – 77%, находились в отношениях – 74%. Средняя длительность заболевания 35,1±40,9 месяцев, что говорит о рефрактерном СРК. Участники исследования на момент исследования не принимали ни соматотропную и психотропную терапию.

2) *Контрольная группа* контрольная группа – 100 женщин (средний возраст 41,5 ± 12,2 года, работали – 77%, находились в отношениях – 74%), посещавшие профилактически врача-гастроэнтеролога без наличия функциональных и органических заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Результаты исследования. Уровень неадаптивного (например, ощущение недостаточности, неидеальности), но не стандартного перфекционизма значительно различаются между группами (пациенты СРК и здоровые респонденты). Неадаптивный перфекционизм был значительно выше в группе СРК (-0,56 [0,09 - 0.83], $p < 0,05$, $d = 0,39$). Пациенты с СРК используют широкий спектр копинг-стратегий и стилей (проблемно-ориентированный и избегающий), которые могут иметь последствия для их психологического благополучия. Использование различных копинг-стратегий различаются у пациентов с СРК по сравнению с здоровой контрольной группой, что

может быть вызвано интерпретацией стрессовых ситуаций, телесных проявлений по-разному. У пациентов с СРК наблюдаются «высокие» стандарты при выполнении любой деятельности. *Чрезмерное стремление к порядку и организованности.* Мы помним, что ключевым для определения дезадаптивного перфекционизма является чувство несоответствия между высокими стандартами и качеством реально выполняемой деятельности, что значительно выражено у пациентов с СРК (2,62(2,4-2,8)). Пациенты с СРК используют больше *проблемно-ориентированные копинг-стратегии*, которые не всегда могут быть адаптивными, поскольку пациенты, участвовавшие в этом исследовании, чаще проявляли тревогу, раздражение, терпеливость, гнев, игнорирование усталости. Сами пациенты часто отмечают, что проблема с кишечником воспринимается, ими как «квест, который нужно пройти, сделать все возможное чтобы им управлять». Пациенты больше используют чрезмерно активные стратегии преодоления проблем (особенно когнитивную репетицию) и *избегание*, чем стратегии, ориентированные на то, чтобы разобраться в собственных эмоциях и психическом благополучии. Таким образом данными пациентами используются стратегии направления на отвлечение себя от собственного психического функционирования, стрессора и/или связанных с ним эмоций. Ряд исследований показывают, что преобладание проблемно-ориентированного стиля совладания в значительной степени связано с рисками развития соматических симптомов (соматизации) за счет дисфункционального повышенного *чувства контроля*.

Пациенты с СРК больше используют *планирование* для того, чтобы, с одной стороны, быть максимально продуктивным, с другой стороны, чтобы максимально спрогнозировать и не потерять контроль над симптомами. В связи с этим пациенты чрезмерно обдумывают то, как действовать в отношении «своего кишечника», возможного появления симптомов, которые они не могут предсказать в той или иной жизненной ситуации (свидание, рабочая встреча, отсутствие туалетов, перелет). *Концентрированы на негативных* эмоциях (беспомощность, страдание, тревога, неудовлетворенность), которая сопровождается суетливостью, катастрофизацией, когнитивной и соматической (висцеральная гиперчувствительность) гипермобилизацией, изменениями в

понимании как собственных психических состояний, так и других людей (ментализации). Следует отметить наличие низких показателей по позитивному переформулированию и личному росту у пациентов с СРК в отличие от контрольной группы, что говорит о негативном когнитивном смещении при восприятии информации. Эти стратегии поддерживают уровень мобилизации, тревоги и депрессии у данной группы пациентов.

Преобладает активное совладание (режим «нужно что-то делать»), т.е. построение, присчитывание активных шагов или прямых действий, направленных на борьбу с симптомами, перестраховка от их появления в той или иной ситуаций. Пациентам свойственна маркировка своего поведения, приема пищи, что «уместно» и/или «опасно». При возникновении симптомов, или прогнозировании их у пациентов с СРК актуализируется стратегия *подавления конкурирующей деятельности*, которая сопровождается поведенческими способами отвлечения себя уходом в работу, бытовые дела, избыточные физические нагрузки или наоборот замирание. *Мысленный и поведенческий уход от проблем*, симптомов, а также *использование «успокоительных» лекарств* (лоперамид, смекта, спазмолитики, слабительные) выше у пациентов с СРК в отличие от контрольной группы. Мы знаем, что такое копинг-поведение было вовлечено в развитие других расстройств, таких как мигрень и сердечно-сосудистые расстройства. Стратегии преодоления, ориентированные на эмоции, такие как отвлечение внимания и подавление поведения, в значительной степени по ряду исследований связаны с соматизацией и депрессивным аффектом. Этот тип совладающего поведения также был связан с *усилением самообвинения* и плохим исходом выздоровления СРК, рисками развития рефрактерного течения. У пациентов с СРК наблюдается повышенный поиск социальной поддержки (как инструментальной, так и эмоциональной). Нами показано, что неадаптивный перфекционизм достоверно сопряжен с неадаптивными копинг-стратегиями у пациентов с СРК ($r=0,63$, $p<0,01$) и здоровой группой ($r=0,35$, $p<0,05$). Проведенное нами исследование указывает на то, что СРК ассоциируется с использованием неадаптивных стратегий совладания по сравнению с здоровыми респондентами, а также наличием

неадаптивного перфекционизма который способствует дисфункциональному поведенческому профилю, самокритичным мыслям, которые подпитывают тенденцию справляться со стрессом дисфункциональным образом. Данная форма перфекционизма у пациентов с СРК также препятствует выполнению важных задач и целей по управлению заболеванием, что формирует ряд терапевтических барьеров и увеличивает риски развития рефрактерного течения.

Литература:

1. Мелёхин А. И. Специфика эмоциональной дисрегуляции у женщин с различными типами синдрома раздражённого кишечника // *Неврологический вестник*. 2022. № 1. С. 31–45.
2. Мелёхин А. И. Роль желудочно-кишечной специфической тревоги и алекситимии как предикторов выраженности синдрома раздражённого кишечника у женщин // *Неврологический вестник*. 2021. Т. 53, № 1. С. 34–41.
3. David L., Fadgyas Stanculete M., Bolba A.R. Coping Strategies and Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review. // *J Gastrointest Liver Dis*. 2021. Vol. 8. № 3. P. 485-494
4. Elwing J.E, Atassi H., Rogers B.D, Sayuk G.S. Emerging therapies in the management of Irritable Bowel Syndrome (IBS). // *Expert Opin Emerg Drugs*. 2022. 27. Vol. 1. P 55-73.

ЗАДАЧИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОГРАНИЧНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ В РАМКАХ СТАЦИОНАРНОГО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Миназов Р. Д.

ООО «Лечебно-реабилитационный
центр «Клиника ИНСАЙТ», Казань,
Россия minazov.r@gmail.com

В последние годы, многие исследователи проблем психического здоровья отмечают сочетание различных психических расстройств. Отсутствие былой «чистоты» диагноза вызывает ряд

вопросов не только в части дифференциальной диагностики, но и в выборе психотерапевтических подходов. Традиционно пациенты с «большими» психотическими расстройствами являются «клиентами» психиатрических отделений, где преимущественно оказывается биологическая терапия. Индивиды, имеющие расстройства личности без психотических расстройств оказались в этом плане «сиротами». Лечить в рамках психиатрического отделения не всегда имеются веские основания. Отсюда развитие потребности в психотерапевтических отделениях для лиц с пограничными психическими расстройствами, которая в свою очередь открывает ряд вызовов и проблем как для организаторов здравоохранения, так и для специалистов «бригадного подхода» - психиатров, психотерапевтов, психологов и соцработников.

Пограничное расстройство личности (ПРЛ) является довольно частым явлением нашей современности. Данное расстройство имеет достаточное количество «масок», в лице которых оно проявляется – химические и нехимические аддикции, аффективные расстройства, расстройства пищевого поведения и т.д. Дифференцировать само расстройство является непростой задачей и требует от персонала желание видеть пациента не только через призму «шизофрении», но как личность, требующую к себе пристального внимания и изучения. Не всегда персоналу удается определиться и с целями, ожиданиями от психотерапевтической помощи в рамках вне психофармакологического подхода.

Отсюда и возникла потребность в структурирование задач реабилитационного процесса в рамках лечения ПРЛ в условиях стационарного психотерапевтического отделения. Выделим следующие из них:

1. Подробное изучение значимости проявлений ПРЛ в жизни пациента
2. Предоставление необходимой пациенту информации в ПРЛ и ее проявлений
3. Анализ мотивов поведения и эмоций, работа с эмоциями вместо привычного самоповреждения или иной импульсивной реакции
4. Формирование адекватной самооценки и самопринятия
5. Поиск альтернативных источников самоуважения

6. Развитие личной ответственности и навыков самостоятельности, в сочетании с умением просить о помощи без перекладывания ответственности

7. Развитие фрустрационной толерантности без прибегания к объектам зависимости и проявления самоповреждения

8. Развития навыка дифференциации агитации в части самоповреждения, необдуманных импульсивных поступков, частой смены партнеров, а также навыка сопротивляться ей

9. Развитие навыка асертивности и умения отказывать

10. Развитие навыка борьбы с депрессией в случае неудач

11. Работа с аффектами мстительности (обида, вина, гнев, ревность, зависть и др.), акцент на эмоциях, лежащих в основе аутоагрессии

12. Облегчение выражения эмоций в отношениях в условиях психотерапевтической группы, далее в значимых межличностных отношениях вне терапевтического пространства

13. Преодоление пессимизма, негативной жизненной позиции: безнадежность, скука, бессмысленность жизни, пустота, апатия, одиночество, отчаяние и т.д.

14. Развитие навыков адекватного, основанного на реалиях оптимизма

15. Поиск и утверждение жизненных опор: значимые отношения, референтные группы, принципы, ценности, убеждения, идеалы

16. Формирование адекватного отношения к течению, прогнозу ПРЛ для успешного преодоления возможного рецидива

17. Формирование компетентности в преодолении трудностей

18. Практическая реализация пациентом в свою жизнь выстроенного в процессе реабилитации образа жизни

19. Поддерживающее сопровождение пациента на всех этапах реабилитации (индивидуальная психотерапия, амбулаторная группа, работа с семьей, группы самопомощи и взаимопомощи, волонтерство).

Подобная классификация задач способствует формированию адекватного представления о целях, терапевтическом пути как для самого пациента, так и для команды реабилитационного отделения в стационарных условиях.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ РАННЕЙ ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ И РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Мурадходжаев С.Б. Шарипова Ф.К.

Ташкентский педиатрический
медицинский институт, Ташкент

saidaxmadjoxa88@gmail.com,

faridasharipova3005@gmail.com

Введение: Детский аутизм на современном этапе развития психиатрии представляет собой актуальную проблему не только в связи с увеличением числа случаев диагностики во всем мире, но и с неоднозначностью этиологических факторов, патогенетических механизмов, сложностями медикаментозной терапии и абилитации. Одной из важных проблем, с которой сталкиваются специалисты, - проведение дифференциальной диагностики, в частности выявление процессуального заболевания, с целью своевременного назначения адекватного лечения и решения вопросов социально-трудовой экспертизы в дальнейшем. В связи с этим своевременным и актуальным является поиск доказательных маркеров – патопсихологических, биологических, базовых психопатологических - для клинко-биологического разграничения детского аутизма и детской шизофрении.

Целью исследования явилось изучение клинических подходов дифференциации расстройств аутистического спектра и детской шизофрении.

Материалы и методы исследования: Проводилось клиническое наблюдение 19 (15 мальчиков и 4 девочек) детей в возрасте от 3 до 10 лет с аутистическими расстройствами, а также 8 детей с ранней детской шизофренией. Наряду с клинко-психопатологическим методом применялся также клинко-патопсихологические методы: шкала для количественной оценки выраженности детского аутизма (Childhood Autism Rating Scale - CARS).

При клиническом обследовании пациентов с расстройствами шизофренического спектра использовалась психометрическая шкала PANSS, адаптированная для детского возраста.

Результаты исследования: В группе детей с детским аутизмом манифестные кататонические приступы возникали в первые 3 года жизни на фоне диссоциированного дизонтогенеза или нормального развития. Кататонические расстройства в форме двигательного возбуждения занимали ведущее место в приступе, носили генерализованный характер (бег по кругу, из угла в угол, подпрыгивания, раскачивания, карабканье наверх, атетоз, потряхивания кистями, ходьба с опорой на пальцы ног, изменчивый мышечный тонус). Находясь большую часть дня в движении, часть больных ложились на короткое время на пол, кресла, затем вновь продолжали движения. У них были выражены вегетативные реакции, потливость. Моторное возбуждение сопровождалось негативизмом. Речь была смазанная, бессвязная, с персеверациями, эхолалиями. Дети не нуждались в общении с окружающими, родными и близкими, при вмешательстве возникали агрессия, плач. Сочетание кататонии с аутизмом приостанавливало физиологическое развитие ребенка на протяжении приступа, способствовало формированию диссоциированной задержки психического развития. В ремиссии у больных ведущим являлся гиперкинетический синдром как вторичное расстройство на выходе из кататонии. Дети не могли усидеть на месте, бегали, прыгали, «крутились» во время занятий. Избыточная двигательная активность у пациентов сочеталась с импульсивностью, нарушениями внимания, моторной неуклюжестью (нарушением соразмерности движений, расстройством ритма и темпа в сложных движениях, при организации движений в пространстве), психопатоподобными нарушениями (удерживание стула, мочеиспускания, особенностями пищевого поведения). Глубина аутизма определялась с помощью шкалы количественной оценки CARS: в психозе 46 баллов (тяжелый аутизм), а в ремиссии - достоверно уменьшалась - 32,8 балла. Выделены три вида когнитивного дизонтогенеза у детей с аутистическими расстройствами: искаженный, дефицитарный и регрессивный с выраженным когнитивным дефектом. Первый отличался диссоциированным, по сравнению с нормой, психическим развитием (без грубого отставания, за исключением мелкой моторики); второй характеризовался выраженной диссоциацией в развитии разных сфер психической деятельности при определяющем значении ретардации. Данные виды когнитивного дизонтогенеза были характерны для больных с детским аутизмом. В свою очередь,

третий вид когнитивного дизонтогенеза отличался выраженным регрессом когнитивных функций и формированием олигофреноподобного дефекта и был характерен для больных детской шизофренией.

В группе детей с детской шизофренией на момент обследования позитивные нарушения исчерпывались кататоническими (гиперкинетическими, реже - гипокинетическими и парциальными), бредовыми, галлюцинаторными проявлениями, рудиментами синдрома Кандинского-Клерамбо; негативные - тяжелым аутизмом, эмоциональным снижением, регрессом, астенией; когнитивные – нарушениями мышления, снижением познавательной активности (когнитивный дефект, олигофреноподобный дефект). По мере снижения остроты состояния у больных сохранялись резидуальные кататонические нарушения в форме подкорковых протопатических двигательных стереотипий, вытеснявшие целенаправленные движения, тяжелый и крайне тяжелый аутизм. В данной группе преобладали негативные нарушения, что может свидетельствовать о личностной и когнитивной дефицитности больных, а также о неблагоприятном исходе болезни с ранним формированием олигофреноподобного дефекта.

Главным в дифференцировании аутистических расстройств от ранней детской шизофрении явилось раннее манифестация приступа детской шизофрении с 1,5 лет. Эти психотические состояния возникают после периода нормального развития ребёнка. Клиническая картина ранних шизофренических приступов протекает разнообразно. При этом всегда наблюдаются регрессивные расстройства. В отличие от аутистических расстройств при ранней шизофрении отмечается более или менее выраженная прогрессивность болезненного процесса. Помимо аффективных расстройств, усиления тревоги, страха, увеличения охваченности стереотипиями, навязчивости и ритуалы защиты становились все более разнообразными. При аутистических расстройствах клиническая картина была более однообразной и стабильной. У всех детей с аутистическими расстройствами отмечается плавающий или скользящий взгляд, эти дети отрешены, эмоционально глухи, безразличны к окружающим, не реагируют на присутствие посторонних. Дети при шизофрении избирательно контактны и обнаруживают более яркие эмоциональные реакции.

Выводы: Таким образом, в связи с ростом распространенности аутистических расстройств у детей роль их верификации актуальна. Диагностика расстройств аутистического спектра у детей требует мультидисциплинарного подхода, построенного на взаимодействии клинических и параклинических методов, среди которых важнейшее значение имеют методы комплексной психологической диагностики. Мультидисциплинарный подход с привлечением дополнительных методов комплексной психологической диагностики к базисным психопатологическим, внесет весомый вклад в решение вопросов ранней диагностики, дифференциации, уточнения патогенеза, мониторинга состояния пациентов, позволит разработать новые дифференцированные подходы к терапии больных с детским аутизмом и детской шизофренией.

СПЕЦИФИКА МЕТАКОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАЖА ЗАБОЛЕВАНИЯ

**М.В. Миняйчева, В.Е. Рубайлова,
О.Е. Жаворонкова, О.Д. Пуговкина**
Московский НИИ психиатрии
(филиал ФГБУ «НМИЦ ПН
имени В.П. Сербского» МЗ РФ)
(Россия, Москва)
minyaycheva@gmail.com

Вопрос актуальности аффективных расстройств сложно переоценить. Официальные данные распространенности депрессивных расстройств являются неутешительными, согласно оценкам ВОЗ, около 3,8% населения страдает от тех или иных форм депрессии.

На сегодняшний день понимание депрессивных расстройств представляется шире, чем четко обозначенные критерии болезненных состояний и включают в себя множество феноменов, определяющих особенности социального функционирования, поведения, мышления и субъективной оценки происходящих событий у конкретного человека. Именно особенности мышления, пациентов страдающих депрессивными расстройствами, представляют важность в изучении как с точки зрения дополнительной диагностики,

так и для уточнения мишеней психотерапевтических вмешательств, оценки факторов-протекторов и факторов хронификации депрессии.

А. Уэллс, в рамках метакогнитивной теории, предлагает рассматривать два компонента в мышлении: когниции (мысли о чем-либо) и метакогниции (убеждения относительно размышлений, способность контролировать свои мысли, «мысли по поводу мыслей») (Wells A., 2002; Parageorgiou C., et al. 2004). В последнее время, помимо классической зарекомендовавшей себя когнитивно-поведенческой терапии, направленной на работу с когнитивными искажениями, все больше внимания уделяется изучению и работе как с метакогнициями, так и с компонентами метакогнитивного функционирования.

Метакогнитивное функционирование понимается как комплекс проявлений, включающий в себя дисфункциональные убеждения, копинг-стратегии, руминации, мониторинг опасностей и угроз, убеждения о полезности или вреде данных переживаний (Parageorgiou C., et al. 2001), которое, в свою очередь, может выступать фактором выраженности, стиля протекания и хронификации депрессивных расстройств (Spasojević J., et al. 2001).

Своеобразие метакогнитивного функционирования наиболее ярко проявляет себя в стрессовый период, в ситуации болезни могут активироваться или преобладать дезадаптивные метакогнитивные стратегии, такие как руминации, пассивный способ совладания с мыслями, «мыслями о мыслях» (Залевский Г.В., 2004). Некоторые авторы определяют руминации как способы дезадаптивного мышления, класс осознанных мыслей, которые циркулируют вокруг определенной темы и поддерживаются внешней средой (Martin L.L., et al. 1996; Nolen-Hoeksema S., 2000). Также руминации рассматриваются как повторные и пассивные размышления о симптомах депрессии, их возможных причинах и последствиях, об ожидаемой угрозе или опасности в настоящем или будущем (Nolen-Hoeksema S., 2000., Wells A., 2004). Так руминации рассматриваются не как активная попытка разрешить проблему, а как инертное состояние, фактор хронификации болезненного состояния, влияющего на выраженность и стойкость депрессивных проявлений (Nolen-Hoeksema S., 2000; Spasojević J., et al. 2001; Parageorgiou C., et al. 2004).

При оценке используемых копинг-стратегий у пациентов с аффективными расстройствами отмечается преобладание малоадаптивных эмоционально-сфокусированных методов совладания с затруднительными ситуациями и активации защитных форм поведения у пациентов с депрессией (Исаева Е. Р., и соавт. 2002). При этом, большая выраженность депрессии коррелирует с менее продуктивными копинг-стратегиями (Муравьева О. В., и соавт. 2001).

Кроме того, одним из немаловажных метакогнитивных компонентов, влияющий на тяжесть и вероятность хронификации депрессии является перфекционизм (Гаранян Н.Г., 2006; Юсупов П.Р., 2012). Негативное влияние перфекционизма отмечается в качестве барьера при краткосрочном лечении, что проявляется в высоких стандартах, притязаниях и нереалистичных ожиданиях от темпа и сроков лечения. Проявление перфекционизма, в качестве негативного селектирования, не позволяющего пациентам с депрессией обращать внимание на начальные и небольшие изменения, поддерживает обесценивание терапии и усиливает ощущение безнадежности.

Важно отметить, что перфекционизм, как и руминации, относятся к когнитивным проявлениям психической ригидности, выдвинутым Г.В. Залевским в рамках модели фиксированных форм поведения. Описанные механизмы проявляются в сформированных когнитивных и поведенческих паттернах, ведущих к неспособности верно осознать ситуацию и произвести изменения мышления и поведения в соответствии с требованием происходящего (Юсупов П.Р., 2012).

Описанное выше влияние метакогнитивных проявлений на хронификацию депрессии находит свое подтверждение в литературных данных. **Целью** данного исследования является оценка различий метакогнитивного функционирования у пациентов с депрессивным эпизодом и рекуррентной депрессией с учетом общего стажа заболевания.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 52 пациента, из них 24 пациента с диагностированным депрессивным эпизодом (F32) и 28 пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством (F33). На момент исследования все пациенты проходили стационарное лечение в Московском НИИ психиатрии и получали стандартную медикаментозную терапию. Для оценки

выраженности симптомов депрессии использовалась Шкала депрессии А. Бека (Beck A.T., 1961; Тарабрина Н.В., 2001), средний балл по которой составил 30 баллов, что соответствует выраженной депрессивной симптоматике. Для оценки различных аспектов метакогнитивного функционирования использовался следующий методический комплекс: Опросник способов совладания (WSCQ в версии НИИ им. В.М.Бехтерева) (Крюкова Т.Л., и соавт. 2007); Шкала RRS (Ruminative Response Scale, Treynor, et al. 2003; Пуговкина О.Д. с соавт., 2021); Шкала дисфункциональных отношений (Beck A.T., et al. 1978; Захарова М.Л., 2013); Опросник метакогнитивных убеждений (Wells A. et al. 1997; Сирота Н.А. с соавт., 2018); Опросник перфекционизма (Гаранян Н.Г., и соавт. 2001).

Результаты и их обсуждение. Для оценки специфики метакогнитивного функционирования у пациентов с депрессией, с учетом общего стажа заболевания, помимо применения изложенных выше методов, были проанализированы анамнестические данные. Каждая диагностическая группа была разделена на подгруппы по давности первых проявлений депрессии в опыте пациентов. Группы были представлены длительностью: до 3 лет, от 4 до 10 и более 10 лет.

При сравнении метакогнитивного функционирования у пациентов с депрессивным эпизодом (ДЭ) и рекуррентным депрессивным расстройством (РДР), анализ первого и второго оценочного периода значимых различий не выявил. При этом, в сравнении данных диагностических групп при давности первого депрессивного эпизода более 10 лет отмечается статистически значимое повышение метакогнитивных убеждений в потребности контроля ($p=0,049$), $p<0,05$, критерий Манна-Уитни) и копинга “Самоконтроль” у пациентов с РДР.

В сравнении первого и второго, а также второго и третьего оценочных периодов у пациентов с ДЭ не выявлено значимых различий. В то время как, при сравнении первого и третьего периода (давность первых проявлений депрессии от 0 до 3 лет и более 10 лет), выявляются значимые различия: пациенты с относительно недавним проявлением расстройства (не более 3 лет) больше испытывают мрачно-задумчивые руминации ($p=0,047$), навязчивые депрессивные переживания ($p=0,039$), чаще обращаются к поиску глобальных объяснений ($p=0,046$) и демонстрируют большую выраженность копинга “Принятия ответственности” ($p=0,035$), по сравнению с

пациентами у которых первые проявления депрессии были описаны более 10 лет назад.

У пациентов с РДР разница между оценочными периодами представлена меньше. Не было выявлено значимых различий метакогнитивного функционирования у пациентов с давностью первых депрессивных эпизодов до 3 лет и более 10 лет. Между первым и вторым оценочным периодом отмечается статистически значимое снижение ($p=0,036$) выраженности копинга “Бегство-избегание” от выраженной до умеренной. Между вторым и третьим оценочным периодом выявлено увеличение частоты копинга “Самоконтроль” ($p=0,015$), однако, следует отметить, что результаты обеих групп относятся к умеренной частоте использования данной стратегии совладания.

Выводы. При сравнении подгрупп с давностью заболевания 0-3 и 4-10 лет различий метакогнитивного функционирования не выявляется ни среди пациентов с ДЭ, ни среди пациентов с РДР. При сравнении метакогнитивного функционирования у пациентов с давностью заболевания 0-10 лет и более 10 лет отмечается повышение метакогнитивных убеждений в потребности контроля и копинга “Самоконтроль” у пациентов с РДР, что может проявляться в стремлении скрывать от окружающих свои переживания и побуждения в связи с проблемной ситуацией, чрезмерной требовательности к себе, приводящей к сверхконтролю поведения, страха самораскрытия, повышенной убежденности в необходимости контролировать свои мыслительные процессы. При сравнении пациентов с разной давностью заболевания (до 3 лет, от 4 до 10 и более 10 лет) внутри диагностических групп можно отметить, что у пациентов с РДР метакогнитивное функционирование практически не изменяется, за исключением снижения копинга “Бегства-избегания” у второго периода в сравнении с первым и увеличение копинга “Самоконтроля” у третьего периода в сравнении со вторым. У пациентов с ДЭ можно отметить снижение выраженности руминативных переживаний (мрачно-задумчивые руминации, навязчивые депрессивные переживания, поиск глобальных объяснений) и копинга “Принятия ответственности” (готовность анализировать свое поведение, искать причины актуальных трудностей в личных недостатках и ошибках) при давности более 10 лет в сравнении с давностью от 0 до 3 лет.

Одним из ограничений представленного исследования является условное, не подтвержденное теоретической базой, разделение пациентов по давности манифестации депрессивных проявлений в представленных диагностических группах. Однако внутри групп с ДЭ и с РДР пациенты с разным стажем заболевания различаются по параметрам метакогнитивного функционирования. Дальнейшим развитием исследования может являться анализ литературных данных для выявления и уточнения научно аргументированных периодов давности заболевания (или этапов заболевания). Впоследствии проведение нескольких серий исследования для сбора данных о динамике метакогнитивного функционирования у одних и тех же пациентов с депрессией, на каждом из выделенных в будущем этапе течения заболевания и соотнесения результатов с актуальной тяжестью состояния.

ИССЛЕДОВАНИЕ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ У ПОДРОСТКОВ С ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ ДЕПРЕССИВНОГО ГЕНЕЗА

Мирзаева Г.А., Бабарахимова С.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
г. Ташкент, Республика Узбекистан
sayorababaraximova2010@gmail.com

Актуальность. Проблема самоубийства среди молодежи чрезвычайно актуальна во многих странах, т. к. суицид является третьей или четвертой по значимости причиной смерти среди молодых людей (Ворсина О.П., 2022). Повышенная опасность осуществления суицидальных тенденций, зачастую несоизмеримых выраженности депрессивного аффекта, связана с низким суицидальным порогом и недостаточной психосоциальной зрелостью. Высокая вероятность реализации суицидальных намерений объясняется несформированностью «антисуицидального барьера» на фоне уже возможного в этом возрасте отчетливого депрессивного мироощущения (Абдуллаева В.К., 2020). Депрессия, как у детей, так и у подростков, распознается с трудом в связи с тем, что депрессивная симптоматика наслаивается, как правило, на психологические особенности возраста (Сулейманов Ш.Р., Шарипова Ф.К.,

2021). Депрессивные расстройства подросткового возраста представляют одну из сложнейших медицинских проблем также ввиду тяжёлых социальных последствий, к числу которых относятся самоубийства, насилие, наркомания и поведенческие девиации. В первую очередь депрессивные состояния в подростковом и юношеском возрасте сопряжены с суицидальным поведением, имеют «стёртый», маскированный характер, проявляются чаще всего поведенческими нарушениями (Зверева Н.В., 2022).

Цель исследования: изучить клинические особенности аутодеструктивных действий у подростков с депрессивными расстройствами и нарушениями поведения для улучшения качества диагностической и лечебно-коррекционной помощи этому контингенту больных.

Материалы и методы: объектом для исследования было выбрано 46 подростков в возрасте от 15 до 17 лет с депрессивными расстройствами и нарушениями поведения. Ведущими методами исследования явились клинико-психопатологический и катamnестический. Для оценки выраженности депрессивной симптоматики применялись шкала Гамильтона и шкала Бека, для выявления уровня тревоги - опросник тревожности Спилбергера-Ханина, для определения устойчивых личностных характеристик испытуемых и особенностей эмоционального реагирования использован восьмицветовой тест Люшера.

Результаты и обсуждение: в зависимости от преобладания симптомов депрессии все пациенты были разделены на пять групп: с дисфорической депрессией - 56% (n=26), тревожной депрессией - 16% (n=7), дисморфофобической депрессией - 13% (n=6), маскированной депрессией - 8% (n=4), астено-апатической депрессией - 7% (n=3). При оценке выраженности депрессивных расстройств по шкале Гамильтона 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 28 мальчиков и 18 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. Все пациенты предъявляли жалобы на негативное представление о себе, подавленное настроение, нарушения сна и аппетита, склонность к суициду и трудности в профессиональной и учебной деятельности из-за плохой 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 76% случаев (35 пациентов) 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. В соответствии с традиционной систематикой суицидов пациенты были поделены на три группы: группа демонстративно-шантажных суицидальных тенденций (56%), группа аффективных (32%) и истинных суицидов (13%). В ходе исследования было установлено наличие только суицидальных мыслей у 50% обследуемых, суицидальных мыслей с намерениями и планированием у 31% обследуемых, в 15% случаев подростки с суицидальными мыслями совершили суицидальные попытки. Суицидальные мысли не всегда выявлялись при опросе пациентов. В ряде случаев о них становилось известно при заполнении подростками субъективной шкалы оценки депрессии Бека. При целенаправленном опросе этих больных и их родителей выяснялось, что за некоторое время до совершения суицидальной попытки были отмечены рассуждения на смертные темы, иногда переживания больного отражали рисунки в школьных тетрадях, которые имели суицидальное содержание.

Анализ аутодеструктивного поведения у подростков установил неоднородность и различие в клинических проявлениях суицидальных тенденций в зависимости от типа депрессии. Так,

при дисфорической депрессии выявлено в 80% случаев наличие импульсивных суицидальных мыслей и тенденций в основном у мальчиков, возникающих на высоте патологического аффекта под воздействием психотравмирующих факторов, конфликтов с родителями и сверстниками, а также при употреблении алкогольных напитков и токсикоманических препаратов. В клинической картине дисфорической депрессии установлены аддиктивные формы нарушения поведения: мелкие кражи, побеги из дома, бродяжничество, табакокурение, употребление психоактивных веществ. Двое подростков из этой группы совершили суицидальные попытки в виде нанесения самопорезов в области предплечья и пять девочек-подростков с психопатоподобным радикалом личностных особенностей прибегли к принятию больших доз лекарственных препаратов, которые констатировались как демонстративно-шантажные аутоагрессивные действия. У подростков с тревожной депрессией тревога наблюдалась в течении всего дня, с усилением в вечернее время, у 6 пациентов усиление тревожной симптоматики было связано с поиском выхода из своего состояния, и при отсутствии понимания со стороны родных у 3 больных сформировалось чувство страха, появились суицидальные мысли и тенденции, имеющие, согласно традиционной классификации суицидов, характер аффективных суицидов. Суицидальное поведение при депрессии тревожного типа ограничивалось редкими мыслями о нежелании жить или угрозами, во время эпизодов ажитации.

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 наблюдался только у девочек и 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. Больные стремились к изменению своего внутреннего мира, к самосовершенствованию, в ряде случаев у больных выявилась склонность к разнообразным реакциям протеста. Девочки высказывали недовольство своим весом, чрезмерным отложением жира в различных частях своего тела, кривыми и толстыми ногами, болезненно относились к наличию пухлых щёк,

слишком большого размера живота, жаловались на слабование, винили себя в скованности, испытывали чувство неуверенности, находясь в обществе, страх показаться на людях, стремление уединиться и быть в одиночестве. 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 сообществ в Интернете, пропагандирующих культ смерти. Оценка суицидальных мыслей и намерений в данной группе подростков позволяет отнести их к истинным суицидам и включить в группу риска. При использовании теста Люшера больные не могут опираться на самооценку своего состояния, что позволяет определять психологическое содержание переживаемой ситуации. Данные тестирования показали, что у всех подростков отмечалось негативное эмоциональное состояние, выраженность которого коррелировала с данными полученными при тестировании по шкале Гамильтона. 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 Люшера эти больные стремились к одиночеству, стремление избежать помощи со стороны. В 56% случаев (26 исследуемых) пациенты испытывали разочарование, страх перед постановкой новых целей, что в ряде случаев приводило к формированию тревоги. У лиц с дисфорической депрессией тест Люшера показал стрессовое состояние, недовольство сложившейся ситуацией, стремление возвыситься и упрочить свое положение, что при невозможности полноценной реализации привело к случаям аддиктивного и делинквентного поведения. В ряде случаев у 7 больных (15%) с астено-апатической и маскированной депрессией выявлялся упадок сил, невозможность дальнейшей активности, в 11% случаев установлено напряжение, вызванное попыткой справиться с некоторыми обстоятельствами, которые являются непосильными для него. Данное состояние вызывало стресс и ощущение неполноценности, стремление к самоограничению и самоконтролю, что у 4 больных проявилось во внутриличностном конфликте, нарушении взаимоотношений с родителями и близкими, нарушением школьной адаптации и в 10 % случаев привело к появлению суицидальных мыслей и намерений.

У пациентов с маскированной депрессией тестирование показало наличие тревоги и беспокойства, переживание от чувства недостатка близких и сочувственных отношений. На фоне депрессивных расстройств у пациентов значительно снижалась школьная успеваемость (80%), нежелание продолжать учебу (40%), появились конфликты со сверстниками (60%), уходы из дома, систематические пропуски школьных занятий, злоупотребление спиртным. В большинстве случаев преобладало демонстративное суицидальное поведение, несущее в себе элементы шантажа, но не утрачивающее при этом своей опасности. Наряду с этим встречались импульсивные суицидальные действия. При опросе больных обнаруживалось, что в основе суицидального поведения лежали идеи наказания своей смертью родителей, а также страх собственного наказания за реально совершенные действия. Суицидальные намерения и действия обосновывались в 5 случаях идеями собственной несостоятельности и формирующимся «сознательным отвращением к жизни», лишь в 1 случае чувством вины.

Заключение: По результатам исследования было выявлено, что у подростков чаще наблюдается демонстративно-шантажное суицидальное поведение, формирующееся на фоне депрессивного аффекта, в результате внутриличностных конфликтов и являются в основном проблемой поведенческих и связанных со стрессом расстройств, возникают на фоне психопатологических состояний непсихотического уровня. Проведенное исследование позволяет выявить группы риска по суицидальной готовности среди данного контингента подростков.

**SURUNKALI ALKOGOLIZMGA CHALINGAN
BEMORLARDA, BOSHQA TURDAGI PFM.lar (BRALGET)
SUISTE'MOLIDA SHAXS XUSUSIYATLARINING
AHAMIYATI**

B.A.Muranov, J.M.Yusupov,
Respublika ixtisoslashtirilgan narkologiya
ilmiy-amaliy tibbiyot markazi
Samarqand viloyati filiali

Kirish. Surunkali alkogolizmga chalinganlar orasida, epileptoid va isterik shaxs xususiyatlariga ega bemorlar, boshqa turdagi pfm.larga

(bralget tabletkasi) suiste'moli nisbatan ko'p kuzatilmoqda. Isterik va epileptoid shaxs xususiyatlariga ega insonlar, PFM suiste'moliga moyilligi yuqoriligi ma'lum. Surunkali alkogolizmga chalingan va boshqa turdagi shaxs xususiyatlariga ega bemorlar, boshqa turdagi pfm.larga (bralget tabletkasi) suiste'moli nisbatan kam uchraydi.

Tadqiqot maqsadi. Surunkali alkogolizmga chalinganlar orasida, epileptoid va isterik shaxs xususiyatlariga ega bemorlarda, boshqa turdagi pfm.larga (bralget tabletkasi) suiste'molini baholash.

Materiallar va tadqiqot usullari. Respublika ixtisoslashtirilgan narkologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi Samarqand viloyati filiali statsionar shifoxonasi majburiy va ixtiyoriy bo'limlaridagi davolanayotgan bemorlarda o'tkazildi. Tadqiqotda surunkali alkogolizm asorati zaharvandlik (bralget tabletkasi) tashxisi qo'yilgan 60 ta bemorning ma'lumotlari o'rganildi. So'rovda qatnashganlarning birinchi guruhiga isterik va epileptoid shaxs xususiyatli bo'lgan 45 nafar bemor kiritilgan. Nazorat guruhida isterik va epileptoid shaxs xususiyatli bo'lmagan, boshqa shaxs xususiyatiga ega 15 nafar bemorlar kiritilgan. Ularning o'rtacha yoshi $45,3 \pm 6,2$ edi.

Tadqiqot natijalari. Bizning natijalarimizga ko'ra epileptoid va isterik shaxs tipidagi, surunkali alkogolizmga chalingan va (bralget tabletkasi) suiste'moli 69.23% ga yetadi, isterik va epileptoid shaxs xususiyatli bo'lmagan, boshqa shaxs xususiyatiga ega bo'lganlarga 20.77% nisbattan yuqori va sezilarli farq mavjud. Shuni takidlash kerakki, epileptoid va isterik shaxs tipidagi, surunkali alkogolizmga chalingan va epileptoid, isterik shaxs xususiyatli bo'lmagan, boshqa shaxs xususiyatiga ega bo'lgan bemorlar o'rtasida bog'liqlik mavjud. Davolanishga kirgan surunkali alkogolizmga chalingan epileptoid va isterik shaxs xususiyatiga ega bemorlarning taxminan uchdan bir qismi spirtli ichimlik va bralget tabletkasi istemoliga moil alomatlariga ega. Katta tashvishlisi PFM ga qaramlik yoshlar orasida ko'proq uchrashi hali xam aniq emas, ma'lumki yoshlar orasida kasalliklar og'ir asoratli o'tadi.

Xulosa. Surunkali alkogolizmga chalinganlar orasida, epileptoid va isterik shaxs xususiyatlariga ega bemorlar, boshqa turdagi pfm.larga (bralget tabletkasi) suiste'moli nisbatan ko'p kuzatilmoqda va ijtimoiy psixologik moslashuvining sezilarli darajada kamayishi kuzatiladi. Shuningdek, ushbu bemorlarga majburiy davolanish bo'limlaridan javob berilgandan so'ng, qayta boshqa turdagi psixofaol moddalar

suiste'molini juda qisqa muddatlarda amalga oshiradi va turg'un remissiya holatlari kuzatilmaydi.

“СУЯК – ТАЯНЧ АППАРАТИНИНГ ПАТОЛОГИК БУЗИЛИШЛАРИ” МАВЗУСИНИ ИННОВАЦИОН ТЕХНОЛОГИЯЛАР АСОСИДА ЎҚИТИШ

Муродова У.Д.,
Низомий номидаги ТДПУ Махсус
педагогиканинг клиник асослари
кафедраси катта ўқитувчиси
Ходжаева Ф.
Логопедия йўналиши
4- курс талабаси

Инсон узок ва тинч ҳаёт кечириш мақсадида соғлом, тетик ва бақувват бўлишга, ўз ёшлиги, ҳусни ҳамда ишчанлик қобилиятини сақлашга ҳаракат қилади. Бунга эришишнинг асосий омилларидан бири ҳозирги замон тиббиёти олдида турган масала – бу соғлом авлодни ўстиришдир. Болани соғлом қилиб тарбиялаб вояга етказишда, аввало, ҳомиладорлик давридан бошлаб бўлажак оналарнинг турмуш тарзига катта аҳамият бериш керак.

Айниқса, кальций, фосфор каби минераллар, витаминларга бой овқатлар истеъмол қилиш, ўз вақтида дам олиш ва сайр қилиш муҳимдир.

Оналик ва болаликни муҳофаза қилиш Ўзбекистон Республикасида оналар ва болалар саломатлиги, аёлларга меҳнат қилиш ва она бўлиш, соғлом, жисмонан ва ақлан баркамол болаларни тарбиялаш имкониятини таъминлаб берадиган жамоатчилик ва тиббий тадбирлар системасидир. Бу фанимизда чақалоқларни чилла ичида парвариш қилиш, уларда учраши мумкин бўлган касалликларнинг белгилари ва олдини олиш чоралари билан таништиришни асосий мақсад қилиб қўйилган. Фанимиздаги долзарб мавзулардан бири «Болаларда суюк-таянч аппаратининг патологик бузилишлари» деб номланади. Бу мавзуда асосан рахит касаллиги кенг ёритилган. Чунки бизнинг Ўрта Осиё региони йод танқислиги ва ультрабинафша нурларидан етарлича фойдаланмаслик бўйича биринчилардандир.

Кафедрамизда мавзулар янги инновацион технология усуллари кўллаш билан олиб борилади. Бу технологик усуллар ўқитувчи учун ҳам, талабалар учун ҳам қулай бўлиб, яхши натижалар берапти. Бу усуллар қисқа вақт давомида барча талабаларни баҳолаш ва талабаларга янги мавзунини тушунтириш анча қулай.

Инновацион усуллардан «Бумеранг», «Қарор қабул қилиш», «Блиц-ўйин» лар ўзининг яхши самарасини кўрсатмоқда. Талабаларни уч гуруҳга бўлиб—«Бумеранг» усулидан фойдаланилади. Бунда биринчи гуруҳга «Сколиоз», иккинчи гуруҳга «Ясси оёқлик», учинчи гуруҳ қизларга эса «Рахит» касаллиги мавзулари тарқатилади. Хар бир гуруҳ талабалари мавзунини 10-15 минут ичида мустақил ўқиб чиқиб, ўзаро муҳокама қилишади. Яна бир томони шундаки, аудиториядаги барча талабалар бу ўйинда иштирок этади. Шундан кейин ўқитувчи ва талаба ўртасида қизиқарли савол-жавоблар бошланади. Ўқитувчи саволларга жавоб беради. Мавзуга оид жадвал ва расмлар, плакатлардан фойдаланилади.

Хар бир талабага «Блиц-ўйин» жадвали тарқатилади.

«Блиц-ўйин» методи «Рахит касаллиги»	Тўғри жавоб	Якка баҳо
1. 2-3 ойдан 3 ёшгача бўлган болаларда учрайди.		
2. «Д» витамини етишмаслигидан кальций ва фосфор алмашинуви бузилади.		
3. «Д» витамини берилади, «балиқ мойи».		
4. Сочлари энсадан бошлаб тўкилади. Озғин, иштаҳасиз бўлади.		
5. Энтикиб, тўхтаб-тўхтаб эмади.		
6. Қуёш нуридан эрталаб 10 ⁰⁰ дан 11 ⁰⁰ гача ультрабинафша нурларини олиши керак.		
7. Оёқлари «Х» симон ва «О» симон бўлиб, кеч юради ва кеч ўтиради.		
8. Кальций, фосфор тузлари сийдик ва тер орқали чиқиб кетади.		
9. Сунъий овқатлантирилган ва чала туғилган болаларда кўпроқ учрайди.		

Шундан кейин «Блиц-ўйин» жадвалида талабалар «Рахит» касаллигининг белгиларини кетма-кетлигини аниқ кўрсатишлари

керак бўлади. (Фарберман Б. “Илғор педагогик технологиялар” Фан. Т. 2000.)

Охирида тўғри вариант асосида текширилиб, талабалар баҳоланади.

Шундан сўнг, талабалар тушунмаган мавзунини ўқитувчи ўзи тушунтириб беради.

Рахит касаллиги–долзарб мавзу бўлиб, куёшнинг ультраби-нафша нурларидан тўғри фойдаланмаслик оқибатида келиб чиқадиган, 2 ойликдан 3 ёшгача бўлган болаларда кўп учрайдиган касалликдир. Рахитнинг белгилари бола 2-4 ойлик бўлганда кўзга яққол ташланади. Бола безовталанади, уйқуси нотинч бўлиб, чўчиб уйғонадиган, инжиқ бўлиб қолади. Боланинг бош қисми кўп терлайди. Касалликнинг авжига чиққан даврида суякларда ўзига хос ўзгаришлар пайдо бўлади. Сон ва болдир суякларининг “О” ва “Х” симон тарзда қийшайиши пайдо бўлади. Мушаклар, қорин олд деворининг мушакларининг таранглиги пасаяди ва беморнинг қорни катталашади. “Бақа қорин” шаклланади. Организамда витамин “Д”нинг етишмовчилиги ичакда кальций ва фосфор сўрилишининг бузилишига олиб келади, натижада бу минерал моддаларнинг миқдори қонда ва суяк тўқимасида камайиб кетади. (Эшқобулов Ж. «Болалар касалликлари». 178-179 бетлар)

Рахитга учраган болалар ҳар хил юқумли касалликларга тез берилувчан бўлиб, касаллик оғир ўтади. Баъзан асоратлар қолдириши мумкин.

Она сути билан боқиладиган болаларда сунъий йўл билан боқилувчи болаларга нисбатан рахит бирмунча кам учрайди.

Суяк–таянч аппаратининг бузилишларидан бири «Сколиоз»–бу умуртқа поғонасининг ёнга қийшайишидир. Бу ҳолатнинг олдини олиш учун болани барвақт ўтқазмаслик, барвақт юришга мажбур этмаслик, манежларда узоқ вақт тик қўймаслик тўғрисида талаба қизларга тушунтирилади. Болаларнинг қадди-қомати кичик ёшлигидан тузилади, умуртқа поғонаси ва мушакларнинг тонусига боғлиқ бўлади. Қадди-қомати тўғри ривожланмаганда юрак иш фаолияти, ўпканинг тириклик сифими, ошқозон- ичак аъзоларининг иш фаолияти қийинлашади. Модда алмашинуви сусаяди ва тез чарчаш пайдо бўлади.

Сколиозда елка, курак, чанок бурчаклари ассимметрик шаклда жойлашади. Мактабгача ёшдаги болаларда жисмоний ривожланишдан ортда қолганда, рахит ва сил интоксикацияси бўлган болаларда сколиоз кўпроқ кузатилади. Бу ҳолатда уй шароитида нималар

қилиш кераклигини ва сколиозни олдини олиш йўллари қизларга тушунтирамиз.

Оёқнинг шакли, унинг мушаклари ва боғламларига боғлиқдир. Ясси товонликда қон айланиши бузилади, оёқда оғриқ ва тиришиш пайдо бўлади. Қон айланиши етарли бўлмаганлиги туфайли, оёқ кўқарган, шишган ва совуқ бўлади. Бу ҳолатни олдини олиш учун боланинг оёқ кийими ўзига мос бўлиши, пошnasi 8 мм. дан кам бўлмаслиги, таг чарми эластик бўлиши керак. Ясси оёқлилик–оёқ тагининг текисланиб, ялпайиб қолишидир. Кейинчалик, болдирларининг оғриши, оёқларнинг тиришиши, шу туфайли ўғил болаларнинг марбий хизматга яроқсиз бўлиб қолиши тушунтирилади.

Шуни унутмаслигимиз керакки, бизнинг авлодларимизга қолдирган энг катта моддий ва маънавий бойлигимиз–бу соғлом фарзанддир.

Демак, касалликнинг олдини олишда бўлажак оналаримиз боланинг парваришига, озиқланишига катта аҳамият беришлари зарур.

Адабиётлар рўйхати:

1. Шамсиев. «Руководство для участкового педиатра». 1993.
2. Эшқобулов Ж. «Болалар касалликлари». 178-179 бетлар.
3. Р. Рамазанова, Х.Садыкова ва бошқалар. «Фавқулотда вазиятлар учун тиббий ҳамшира тайёрлаш». Ўқув қўлланма. 2006. 281-283-284 бетлар.
4. Шукуралиева О.А., Муродова У.Д.«Оналик ва болаликни муҳофаза қилиш». Услубий қўлланма. 2007.
5. Фарберман Б. «Илғор педагогик технологиялар» Фан. Т. 2000.
6. Қосимов А.Х. Холиқова Ф.А. «Педагогик технологиялар ва педагогик маҳорат». Тошкент 2007 й.

К ПРОБЛЕМЕ СЕМЕЙНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ

Мухторов Б.О., Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К.,
Сулейманов Ш.Р., Шарипова Ф.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт
sunatullosoleymanov@gmail.com

Введение. 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. В научных трудах большинство исследователей проводят корреляционную взаимосвязь аутоагрессивных тенденций с девиантными и деликвентными формами поведения, социализированными расстройствами поведения (Abdullaeva V.K., Abbasova D.S, 2020). Возникновению несуицидального самоповреждающего поведения способствуют депрессивные состояния, которые проявляются у подростков соматическими симптомами и поведенческими эксцессами. По мнению ряда исследователей, суицидальные тенденции обусловлены развитием внутриличностного конфликта под воздействием внешних стрессогенных факторов. По данным ряда авторов, микросоциальное окружение, в том числе семья, стили родительского воспитания, межличностные конфликты со сверстниками способствуют риску развития аутоагрессивного поведения у детей и подростков (Matveeva A.A., Sultonova K.B., Abbasova D.S., 2020).

Цель исследования: изучить семейные факторы риска формирования аутоагрессивных тенденций у подростков допризывного возраста для ранней превенции и оптимизации психокоррекционной помощи данному контингенту населения.

Материал и методы: обследовано 111 подростков допризывного возраста с поведенческими нарушениями и суицидальными намерениями депрессивного генеза. В группу вошли пациенты с наличием диагностических критериев акцентуированных личностных черт по МКБ-10–Z73.1. Вся исследуемая выборка была распределена на две группы в зависимости от наличия аутоагрессивных тенденций самоповреждающего характера несуицидального генеза.

В основную группу были отобраны 61 подросток с самоповреждающими действиями. В группу сравнения вошли подростки с отсутствием аутоагрессии. Личностные особенности подростков мы определяли при помощи Модифицированного Патохарактерологического Диагностического Опросника (МДПО Личко А.Е., Иванов Н.Я. 2001г.).

Результаты исследования и обсуждения: на инициальном этапе нашего исследования явилось изучение семейных взаимоотношений, как предикторов формирования несуйцидального самоповреждающего поведения. В ходе исследования мы на основании сбора анамнестических сведений выявили состав семьи подростков и провели распределение подростков основной группы и группы сравнения в зависимости от состава микросоциального окружения. Сравнительный анализ распределения подростков в зависимости от состава семьи и микросоциального окружения определил, что в полной семье воспитывалась значительная доля пациентов из группы сравнения -76% случаев наблюдения. А у подростков основной группы были зарегистрированы высокие показатели по параметрам -воспитание одним родителем-в 36% случаев, наличие неродного родителя установлено у 6 пациентов (9,8% случаев), воспитание у родственников (чаще всего бабушки по материнской линии)- у 5 (8,2%) подростков, воспитание вне семьи при наличии родителей (в детском доме, интернате со спецколледжом) –у 4 (6,6%) подростков. Обобщая полученные данные результатов исследования особенностей состава семьи и микросоциального окружения определили, что наиболее опасным в плане формирования аутоагрессивных тенденций являются такие факторы, как неполный состав семьи, наличие неродных родителей, воспитание у родственников или вне семьи. Нами также были изучены уровни доверительных и гармоничных отношений семейных взаимоотношений, в зависимости от которых мы распределили подростков, на воспитывающихся в гармоничных и дисгармоничных семьях. Дисгармоничная семья в свою подразделялась на деструктивную, дисфункциональную и амбивалентную. Под деструктивной семьёй мы подразумевали семью, где один или оба родителя злоупотребляли спиртными напитками или в семье один из родителей, страдал психическим заболеванием. Дисфункциональная семья – это неблагополучная семья с постоянными конфликтами, ссорами между

родителей, оскорблениями и унижениями, где присутствует неблагоприятный микроклимат, и родители не выполняют основных своих предназначений по воспитанию ребенка. Амбивалентная семья состояла из противоречивых взаимоотношений психологического и социального уровня, между членами семьи присутствовало полное отчуждение, отношение к ребенку в такой семье показное, слова расходятся с действительностью, внешне это благополучная семья с достаточным материальным достатком, где забота о ребенке ограничивается удовлетворением материальных потребностей, но отсутствуют любовь, эмоциональные привязанности, духовное взаимопонимание. Анализ распределения всех обследуемых подростков по видам семьи выявил, что в общей выборке преобладали деструктивные семьи (64%), на втором месте по встречаемости определены амбивалентные семьи (32%), дисфункциональные семьи установлены в 29,7% случаев. Гармоничная семья наблюдалась только у 4 (3,6%) подростков из группы сравнения. Мы провели распределение подростков по видам семей в основной группе и группе сравнения для анализа количественной представленности этого параметра исследования. В основной группе обнаружены высокие показатели подростков из деструктивных семей-24 (39,3% случаев), а в группе сравнения преобладали подростки из амбивалентных (34%) и дисфункциональных (30%) семей. При изучении типов родительского воспитания мы использовали классификацию А.Е. Личко. Нами были определены следующие формы родительского воспитания и контроля в семьях: гипопротекция, доминирующая гиперпротекция, потворствующая гиперпротекция, эмоциональное отвержение, повышенная моральная ответственность и воспитание вне семьи. С целью сравнения стилей родительского воспитания мы распределили подростков по типам воспитания. В основной группе подростки чаще всего воспитывались в семьях, для которых была характерна гипопротекция (27,9%), жестокое обращение (21,3%) и потворствующая гиперпротекция (26,2%). В группе сравнения наблюдалась высокая доля пациентов с типом воспитания, где на ребенка накладывалась повышенная моральная ответственность (28% случаев). Межгрупповой анализ стилей родительского воспитания установил, преобладающие показатели жестокого обращения, потворствующей гипер-

протекции, гипопротекции и эмоционального отвержения в основной группе обследуемых подростков, что позволяет отнести их к предикторам риска развития суицидальных тенденций.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование семейных факторов риска формирования несуицидального самоповреждающего поведения у подростков допризывного возраста, определило, что стили неправильного родительского воспитания в дисфункциональных семьях способствуют развитию аутоагрессивных тенденций со склонностью к суицидальному поведению депрессивного регистра. Наиболее опасным в плане формирования аутоагрессивных тенденций являются такие факторы, как неполный состав семьи, наличие неродных родителей, воспитание у родственников или вне семьи. Раннее выявление дисфункциональных и амбивалентных семей и деструктивных стилей воспитания является первоочередной задачей в превенции фактов самоповреждающих действий у подростков допризывного возраста для снижения риска по суицидальной готовности среди данного контингента населения.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ С САМОПОВРЕЖДАЮЩИМ ПОВЕДЕНИЕМ И ВИДАМИ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ

Мухторов Б.О., Бабарахимова С.Б.
Ташкентский педиатрический
медицинский институт

Введение: Раннее выявление суицидальных тенденций и эквивалентных ему аутоагрессивных и деструктивных действий, превенция риска развития суицидального поведения являются основными задачами детско-подростковой психиатрии. Актуальность проблемы исследования аутодеструктивного 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 (Григоренко Е.А., 2017). Реакция родителей, стиль семейного руководства и воспитания могут оказаться важными факторами, предопределяющими асоциальное поведение ребенка в

семье и социуме (Абдуллаева В.К., 2020). Подростковый возраст характеризуется большой частотой дебютов депрессивных состояний, возникающих на фоне идей физического недостатка и собственной неполноценности (Жукова Н.Ю., 2017). Усиление суицидальной активности, в том числе и фактов аутоагрессии в подростковом возрасте за последние десятилетия определяет интерес к этой теме широкого круга специалистов, как российских, так и зарубежных.

Цель исследования: изучить взаимосвязь личностных особенностей мальчиков-подростков с самоповреждающим поведением и видами конфликтных ситуаций микро- и макросоциального окружения.

Материал и методы исследования: было обследовано 61 мальчиков-подростков в возрасте от 15 до 17 лет включительно, находившихся на стационарном лечении в подростковых отделениях городской клинической больницы города Ташкента с поведенческими нарушениями и расстройствами адаптации и с наличием аутодеструктивных тенденций. Все установленные диагнозы основывались согласно критериям Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10). Личностные особенности подростков (ЛОП) мы определяли при помощи Модифицированного Патохарактерологического Диагностического Опросника (МДПО Личко А.Е., Иванов Н.Я. 2001г.).

Результаты и их обсуждения: на инициальном этапе нашего исследования изучался характер конфликтных ситуаций, повышающих риск развития несуйцидального самоповреждающего поведения, фактов агрессии и деструктивных тенденций. Идентификация причин суйцидогенного конфликта проводилась по классификации Амбрумовой А.Г., Тихоненко В.А., по мнению которых в основе риска развития суйцидальной активности в виде реализации суйцидальных попыток находится конфликт, обусловленный факторами микросоциального (семья и стили родительского воспитания) и макросоциального (межличностные взаимоотношения со сверстниками, педагогами, лицами противоположного пола) уровней. При детальном изучении характера причин конфликтов у мальчиков-подростков с самоповреждающим поведением, установлено, что они основаны на реальных фактах и играли значимую роль в жизни подростков. На первом месте по частоте встречаемости

причин формирования аутоагрессивных тенденций стоят внутрисемейные конфликты – у 42(68,85%) подростков. В ходе опроса, выявлено, что у 16 (26,22%) подростков причиной семейного конфликта послужило сиблинговое соперничество в результате ревности к младшим братьям и сёстрам и вариант стиля родительского воспитания по типу эмоционального отвержения. Неправильный вид родительского воспитания по типу «ежовых рукавиц», жестокое обращение с ребёнком с применением физического насилия как причина формирования аутоагрессивных тенденций установлена у 12 (19,67%) обследованных. Проживание в дисфункциональной семье с материально-бытовыми проблемами выявлено у 20 (32,78%) подростков. У 13 (21,31%) обследуемых причиной семейного конфликта явилось негативное отношение родителей к эпизодической алкоголизации подростков, раннее пристрастие к курению сигарет, неприятие дружбы с лицами противоположного пола. Конфликты в межличностных взаимоотношениях макросоциального уровня имели место у 19 (31,14%) обследованных, среди которых у 9 (14,75%) подростков – проблемами во взаимоотношениях в образовательном учреждении (в виде буллинга и дидактогений), у 6(9,83%) подростков - в результате конфликтов с лицами противоположного пола на почве неразделённой любви. У 4 (6,55%) обследованных подростков основной конфликт сочетался с действием дополнительных психогений (смерть домашнего питомца, проигрыш футбольной команды, угон машины, потеря близких). Внутригрупповой анализ причин конфликтов свидетельствуют о преобладании преимущественно внутрисемейном характере конфликтов пациентов обследуемой группы.

На следующем этапе исследования нами были определены преморбидные особенности личности мальчиков-подростков с аутоагрессивными действиями с помощью МПДО А.Е. Личко. В обследуемой группе подростков чаще наблюдались истероидный (41,0%), эпилептоидный (26,2%) и циклоидный (19,7%) типы акцентуации характера, и в меньшей мере установлены сензитивный, неустойчивый, психастенический и гипертимный типы акцентуации характера.

Нами было проведено внутригрупповое распределение причин конфликтов с учётом преморбидных особенностей личности подростков.

Анализируя результаты распределения причин конфликтов с учётом личностных особенностей подростков, определили, что пациенты с истероидной, эпилептоидной и циклоидной акцентуациями характера имеют высокие показатели по параметру – внутрисемейные конфликты, а у пациентов с лабильными и психастеническими чертами характера в основном наблюдались конфликты в образовательных учреждениях и лицами противоположного пола на почве неразделённой любви.

Анализ причин конфликтов с учётом личностных особенностей подростков, склонных к аутоагрессивным самоповреждающим тенденциям, свидетельствуют о преобладании преимущественно внутрисемейном характере конфликтов у пациентов с истероидными, эпилептоидными и циклоидными чертами характера, что позволяет отнести их к группе риска по потенциальному развитию суицидоопасного поведения.

Выводы. Таким образом, резюмируя результаты исследований, можно предположить, что наличие истероидной, циклоидной и эпилептоидной акцентуаций личности у подростков, способствовали риску развития аутодеструктивных тенденций в виде самоповреждающего несуицидального поведения. Высокий риск развития суицидального поведения преимущественно регистрировался у подростков с внутрисемейными конфликтными взаимоотношениями в результате негативного отношения родителей к эпизодической алкоголизации подростков, раннему пристрастию к курению сигарет, неприятие дружбы с лицами противоположного пола.

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПОДРОСТКОВ

Наджимова Г. З.¹,

Бабарахимова С. Б.²

Городской детский психоневрологический центр¹

Ташкентский педиатрический медицинский институт²

Ташкент, Республика Узбекистан.

sayorababaraximova2010@gmail.com

Введение: актуальность проблемы депрессивных расстройств поведения у детей и подростков вызвана сложностями своевременной верификации аффективной патологии, целесообразностью

правильно выбранной фармакотерапии и трудностями прогнозирования данных психических нарушений (Nurkhodjaev S., 2020). У детей и подростков депрессивная патология, в отличие от взрослой популяции населения, в редких случаях клинически протекает с классической симптоматикой депрессивной триады - снижения настроения, замедление мышления и двигательной активности (Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К., 2018). Чаще всего клиническая картина депрессии имеет атипичный характер, отличается стёртостью основных симптомов, маскированностью под другие заболевания, преобладанием соматовегетативных нарушений. По данным ряда авторов, только 27% детей с депрессивным началом заболевания были проконсультированы психиатром при первой депрессии; остальные длительное время наблюдались специалистами общесоматического профиля. При первичном обращении к психиатру депрессивное состояние было установлено лишь в 23,6% случаев в связи с невыраженностью собственно аффективных расстройств, преобладанием жалоб на нарушение поведения, в том числе агрессивность, школьную дезадаптацию, компьютерную зависимость (Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K., Abbasova D.S., 2019). В пубертатном периоде отмечается нарастание депрессивной симптоматики на фоне идей собственной неполноценности и дисморфофобических включений со склонностью к асоциальному поведению, своевременно не диагностированных вследствие присутствия нездорового микроклимата в семье и отсутствия взаимопонимания между детьми и родителями (Matveeva A.A., Sultonova K.V., Abbasova D.S. et al., 2020). В первую очередь депрессивные состояния в подростковом и юношеском возрасте сопряжены с деструктивными формами поведения, крайним вариантом которого является суицидальное поведение. Поведенческие нарушения и патохарактерологические реакции протеста и оппозиции, межличностные конфликты со сверстниками и педагогами являются специфическими признаками пубертатных депрессий (Абдуллаева В.К., Сулейманов Ш.Р., Шарипова Ф.К., 2020).

Цель исследования: изучить особенности клинических проявлений депрессивных состояний у подростков с учётом их личностных характеристик для оптимизации ранней психопрофилактики и психокоррекционной помощи.

Материал и методы исследования: объектом для исследования было выбрано 111 подростков в возрасте от 15 до 19 лет включительно, 78 мальчиков и 33 девочек (средний возраст 16,96±1,98 лет). Личностные особенности подростков мы определяли при помощи МДПО (Личко А.Е., Иванов Н.Я. 2001г.). Депрессивные расстройства нами были выявлены с помощью шкалы самооценки депрессии Цунга (ZDRS) (Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., 1995).

Результаты и их обсуждения: на инициальном этапе нашего исследования было проведено изучение особенностей клинических проявлений депрессивной патологии у подростков. Согласно классификации детского психиатра Э.Г. Эйдемиллера (2005г.), в подростковом возрасте депрессивная симптоматика подразделяется на подростковые депрессивные эквиваленты- делинквентный, астенопатический, тревожный, ипохондрический, которые маскируют типичную классическую триаду депрессии, воспринимаются как особенности пубертатного периода и весьма затрудняют диагностику и лечение. В нашем исследовании все подростки были распределены на пять групп в зависимости от преобладания ведущего симптома депрессии - дисфорическая, тревожная, дисморфофобическая, астенопатическая и маскированная. Дисфорическая депрессия клинически проявлялась вспышками тоскливо-злобного настроения, конфликтностью, агрессией, грубостью по отношению ко взрослым, особенно к родителям и близким родственникам на фоне пониженного психоэмоционального состояния. Такое поведение провоцирует формирование внутрисемейных конфликтов, ухудшение микроклимата в семье, наказание и побои ребёнка за плохое поведение, что в итоге способствует побегам из дома и бродяжничеству, приводит подростка в асоциальные компании. В клинических проявлениях дисфорической депрессии нами выявлены аддиктивные формы нарушения поведения: склонность к агрессии и физическому насилию, мелким правонарушениям, воровству, побегам из дома и бродяжничеству, табакокурению, ранняя алкоголизация и эпизодическое употребление ПАВ. В нашем исследовании дисфорическая депрессия была верифицирована чаще (у 33 подростков), чем другие виды, и в основном наблюдалась у мальчиков с социализированным расстройством поведения. У подростков с тревожной депрессией на фоне сниженного настроения

возникало чувство ожидания опасности неопределённого характера, которое формировало представление о неблагоприятном развитии событий, подростки находились в состоянии постоянного напряжения, во власти дурных предчувствий, у них наблюдались соматовегетативные реакции, неусидчивость и непоседливость, неадекватное реальной ситуации поведение. Тревожная депрессия была установлена у 30 подростков обследуемой группы. Дистморфофобическая депрессия наблюдалась лишь у 14(12,61%) девочек-подростков. В клинической картине дистморфофобической депрессии преобладали жалобы на чувство собственной неполноценности, наличие физических недостатков, несоответствие эталонам и стандартам красоты, в отличие от нервной анорексии, девочки с дистморфофобической депрессией не стремились изменить себя, соблюдая диеты и ограничительное пищевое поведение, а наоборот, были пассивными и удручёнными, у них отмечалось чувство малоценности, никчёмности, ненужности из-за наличия лишнего веса и недостатков во внешности. Такие состояния сопровождались понижением аппетита на фоне гипотимии и появления рудиментарных идей самоуничтожения. В клинической картине астенопатической депрессии ведущими жалобами были быстрая утомляемость и слабость, упадок сил, снижение двигательной активности, плохая переносимость большого скопления людей, невозможность находиться в обществе сверстников и одноклассников, трудности в общении, бездеятельность, чувство скуки и уныния. Наличие данной симптоматики вызывало у подростка стремление к одиночеству, ощущение неполноценности, никчёмности, нарушение взаимоотношений с родителями и близкими, расстройство школьной адаптации и формирование суицидальных мыслей и намерений. Пониженный фон настроения при астенопатической депрессии неправильно трактовать как апатию, скорее всего это скудость проявлений снижения настроения. Вариант астенопатической депрессии встречался у 14 подростков, которые в большей мере предъявляли жалобы на слабость, плаксивость, быструю истощаемость и усталость. У пациентов с маскированной депрессией на первом плане были жалобы ипохондрического характера соматической симптоматики, такие подростки аgravировали имеющимися соматическими заболеваниями, на фоне пониженного настроения, отсутствия аппетита, повышенной утомляемости, отказывались посещать школьные

занятия и уроки, готовить домашние задания, помогать по дому. В клинической картине маскированной депрессии преобладали также поведенческие нарушения в виде отказа от приёма пищи, выполнения обязанностей ведения домашнего хозяйства, отсутствия мотивации к активной деятельности, занятия спортом или посещения кружков и различных мероприятий, отмечалось нарушение адаптационных способностей у подростков в общении со сверстниками и школьными педагогами, межличностные взаимоотношения ограничивались кругом родных и близких. Маскированная депрессия встречалась у 20 пациентов исследуемой выборки. На следующем этапе исследования с помощью МПДО А.Е. Личко нами были выявлены личностные особенности подростков в виде акцентуаций характера. Среди них с истерическим складом характера – 35 (31,5%) подростков, с аффективным складом характера - 17 (15,3%), эпилептоидным – 20 (18,1%), неустойчивым типом личности- 8 (7,2%), психастеническим – 24 (21,6%) и гипертимных -7 (6,3%) подростков. Не меньший интерес для исследования представляло изучение корреляции между клинической формой депрессии и типом акцентуации характера подростка. Сравнительный анализ распределения подростков с разным типом акцентуации характера в зависимости от клинической формы депрессии выявил относительное преобладание дисфорических депрессий у подростков с эпилептоидной акцентуацией характера (18,0%). Тревожная депрессия чаще наблюдалась у подростков с психастеническим складом личности (12,6%). Астенопатическая депрессия чаще наблюдалась у истерических личностей (5,4%). Дисморфофобическая депрессия встречалась у 11,7% подростков с истероидной акцентуацией характера. Корреляция клинической формы депрессии с преморбидными типологическими особенностями личности оказалась достаточно сильной ($C= 0,71$, $p < 0,001$) и превышала размеры связи с нозологической принадлежностью депрессивного расстройства.

Выводы. Таким образом, результаты исследования клинических особенностей депрессивной симптоматики у подростков выявили, что наиболее часто в пубертатном периоде формируются дисфорические депрессии со значительными нарушениями поведения у лиц с эпилептоидной акцентуацией характера и тревожные депрессии у лиц с психастеническими чертами характера.

Дисморфофобические депрессии в основном регистрировались у девочек - подростков с истероидными чертами характера и сопровождались расстройствами дигестивного спектра в виде ограничительного пищевого поведения. Раннее выявление депрессивной симптоматики у детей и подростков является важнейшей проблемой практического здравоохранения и способствует превенции и оказанию своевременной медико-психологической помощи.

ASAB-RUHIY RIVOJLANISHDA ORQADA QOLGAN BOLALARNI BILISH JARAYONINI RIVOJLANTIRISH USULLARI

U.A.Nosirova, Nizomiy nomli TDPU
“Maxsus pedagogikaning klinik
asoslari” kafedra o‘qituvchisi
R.Sh.Zayniddinova, surdopedagogika
yo‘nalishi 402-guruh talabasi

Noontogenetik rivojlanishda orqada qolgan bolalar yengil turida aqliy rivojlanishdagi **yengil og‘ishlar** toifasiga kirib, norma va patologiya o‘rtasida oraliq pozitsiyani egallaydi. Aqli zaif bolalarda aqliy zaiflik, nutq, eshitish, ko‘rish va harakat tizimining birlamchi rivojlanmaganligi kabi jiddiy rivojlanish nuqsonlari mavjud emas. Ular boshdan kechirayotgan asosiy qiyinchiliklar, birinchi navbatda, ijtimoiy (shu jumladan, maktab) moslashuv va ta’lim bilan bog‘liqdir.

Buni tushuntirish psixikaning kamolotini sekinlashtirishdir. Shuni ham ta’kidlash kerakki, har bir alohida bolada aqliy zaiflik turli yo‘llar bilan namoyon bo‘lishi va vaqt va namoyon bo‘lish darajasida farq qilishi mumkin. Ammo, shunga qaramay, biz noontogenetik rivojlanishda orqada qolgan bolalarning ko‘pchiligiga xos bo‘lgan bir qator rivojlanish xususiyatlarini, ish usullarini aniqlashga harakat qilishimiz mumkin.

O‘qishda qiyinchiliklarga duch kelgan bolalarda o‘quv faoliyatini shakllantirish bo‘yicha ishlarga alohida e’tibor qaratish lozim. Bu, mening fikrimcha, zamonaviy dunyoda dolzarbdir.

Noontogenetik rivojlanishda orqada qolgan bolalar bilan ishlashning bir necha o‘ziga xos usullari mavjud:

1. Noontogenetik rivojlanishda orqada qolgan bolalar diqqat barqarorligining past darajasi bilan ajralib turadi, shuning uchun

bolalarning diqqatini alohida tarzda tashkil qilish va yoʻnaltirish kerak. Diqqatning barcha shakllarini rivojlantiruvchi barcha mashqlar foydalidir.

2. Faoliyat usulini oʻzlashtirish uchun ular koʻproq sinovlarga muhtoj, shuning uchun bolaga bir xil sharoitlarda qayta-qayta harakat qilish imkoniyatini berish kerak.

3. Bu bolalarning intellektual yetishmovchiligi murakkab koʻrsatmalar ularga erishib boʻlmaydigan darajada namoyon boʻladi. Vazifani qisqa boʻlaklarga boʻlish va bolani bosqichma-bosqich taqdim etish, vazifani iloji boricha aniq shakllantirish kerak. Masalan, "Rasmdan hikoya tuzing" koʻrsatmasi oʻrniga quyidagini aytish oʻrinli: "Mana bu rasmga qarang. Bu yerda kim tasvirlangan? Ular nima qilishyapti? Ularga nima boʻladi? Ayting".

4. Noontogenetik rivojlanishda orqada qolgan bolalarda charchoqning yuqori darajasi ham charchoq, ham haddan tashqari hayajon shaklida boʻlishi mumkin. Shuning uchun, charchoq boshlanganidan keyin bolani faoliyatni davom ettirishga majbur qilish mumkinmas. Biroq, noontogenetik rivojlanishda orqada qolgan bolalarning koʻpchiligi kattalarni manipulyatsiya qilishga moyil boʻlib, oʻzlarining charchoqlarini ixtiyoriy ravishda tutishlarini talab qiladigan vaziyatlardan qochish uchun bahona sifatida foydalanadilar.

5. Oʻqituvchi bilan muloqotning salbiy natijasi sifatida bolada charchoq oʻzgarmasligi uchun ishning muhim ijobiy natijasini namoyish qilish bilan "xayrlashish" marosimi majburiydir. Oʻrtacha, bitta bola uchun ish bosqichining davomiyligi 10 daqiqadan oshmasligi kerak.

6. Bunday bolaning shaxsiyatiga samimiy qiziqishning har qanday namoyon boʻlishi u tomonidan ayniqsa, yuqori baholanadi, chunki u oʻzini ijobiy his qilishni shakllantirish uchun zarur boʻlgan oʻzini oʻzi qadrlashning bir nechta manbalaridan biri boʻlib chiqadi.

7. Noontogenetik rivojlanishda orqada qolgan bolalarga ijobiy taʼsir koʻrsatishning asosiy usuli sifatida ushbu bolaning oilasi bilan ishlashni ajratib koʻrsatish mumkin. Ushbu bolalarning ota-onalari hissiy zaiflik, tashvish, ichki ziddiyatlardan aziyat chekmoqda. Ota-onalarning bolalarning rivojlanishi bilan bogʻliq birinchi tashvishlari odatda bola bogʻchaga, maktabga borganida va oʻqituvchilar uning oʻquv materialini oʻrganmasligini taʼkidlashganda paydo boʻladi. Ammo shunga qaramay, baʼzi ota-onalar **pedagogik ish bilan bolalarda oʻzgarishlar boʻlishi mumkin**, yosh bola mustaqil ravishda gapirishni, oʻynashni, tengdoshlari bilan toʻgʻri muloqot qilishni oʻrganadi, deb hisoblashadi. Bunday

hollarda, bola tashrif buyurgan muassasaning mutaxassisleri ota-onalarga noontogenetik rivojlanishda orqada qolgan bolaga o'z vaqtida yordam berish keyingi buzilishlarning oldini olish va uning rivojlanishi uchun ko'proq imkoniyatlar ochishini tushuntirishlari kerak. Noontogenetik rivojlanishda orqada qolgan bolalarning ota-onalariga uyda bolasini qanday va nimaga o'rgatish kerakligini o'rgatish kerak.

Doimiy ravishda bolalar bilan muloqot qilish, mashg'ulotlar o'tkazish, o'qituvchining tavsiyalariga amal qilish kerak. Tashqi dunyo bilan tanishishga ko'proq vaqt ajratish kerak: do'konga, hayvonot bog'iga borish, bola bilan bolalar kechalariga borish, u bilan uning muammolari haqida ko'proq gaplashish (hatto nutqi xiralashgan bo'lsa ham), kitoblarga, rasmlarga qarash, u bilan turli xil hikoyalar yozish, ko'pincha bolaga nima qilayotganingiz haqida gapiring, uni mumkin bo'lgan ishlarga jalb qiling. Shuningdek, bolani o'yinchoqlar va boshqa bolalar bilan o'ynashga o'rgatish kerak. Asosiysi, ota-onalar aqliy rivojlanishida nuqsoni bo'lgan bolaning imkoniyatlarini va uning muvaffaqiyatlarini baholashlari, taraqqiyotni (ahamiyatsiz bo'lsa ham) payqashlari kerak va u o'sib ulg'ayganida hamma narsani o'rganadi deb o'ylamasliklari kerak. Faqat o'qituvchilar va oilalarning birgalikdagi ishi aqliy zaif bolaga foyda keltiradi va ijobiy natijalarga olib keladi.

8. Aqli zaif bolalar uchun har qanday yordam kognitiv qiziqishni oshirish, xatti-harakatlarning o'zboshimchalik shakllarini shakllantirish, ta'lim faoliyatining psixologik asoslarini rivojlantirishga qaratilgan maxsus mashg'ulotlar va mashqlar majmuasidir.

Har bir dars ma'lum bir doimiy sxema bo'yicha quriladi: bolalarda yaxshi kayfiyatni yaratish uchun o'tkaziladigan gimnastika, miya qon aylanishini yaxshilashga yordam beradi, bolaning energiyasi va faolligini oshiradi;

Asosiy qism, birinchi navbatda, har qanday aqliy jarayonni rivojlantirishga qaratilgan mashqlar va vazifalarni (3-4 vazifa) va boshqa aqliy funktsiyalarga qaratilgan 1-2 mashqlarni o'z ichiga oladi. Taklif etilayotgan mashqlar bajarish usullari, materiali (tashqi o'yinlar, narsalar, o'yinchoqlar, sport anjomlari bilan vazifalar) jihatidan xilma-xildir.

Yakuniy qism - bu bolaning samarali faoliyati: chizish, qo'llash, qog'oz dizayni va boshqalar.

9. Montessori pedagogikasi alohida ehtiyojli bolalar uchun eng yaxshi tanlovdir, chunki bu uslub bolaga o'zining ichki qonunlariga muvofiq ishlash va rivojlanish uchun noyob imkoniyat beradi. Valdorf

pedagogikasi tizim sifatida bunday bolalar uchun unchalik mos emas, chunki aqliy zaif bolaning shaxsiyatini bostirish oson va bu tizimda o'qituvchi asosiy rol o'ynaydi. Savod o'rgatishning yagona optimal usuli sifatida N.A.Zaytsev usuli haligacha saqlanib qolgan. Ko'pgina aqliy zaif bolalar giperaktiv, e'tiborsiz va "Kublar" bugungi kunda bu tushunchalar mavjud shaklda berilgan yagona usul bo'lib, bu erda o'rganishning "aylanib o'tish" usullari ixtiro qilinadi, bu erda tananing barcha saqlanib qolgan funksiyalari ishtirok etadi.

LEGO konstruktoriga asoslangan o'yinlar nutqni rivojlantirishga ijobiy ta'sir ko'rsatadi, bir qator tushunchalarni o'zlashtirishni, tovushlarni ishlab chiqarishni osonlashtiradi, bolaning atrofidagi dunyo bilan munosabatlarini uyg'unlashtiradi.

Qum bilan o'ynash yoki "qum terapiyasi". Parapsixologlarning ta'kidlashicha, qum salbiy energiyani o'zlashtiradi, u bilan o'zaro ta'sir insonni tozalaydi, uning hissiy holatini barqarorlashtiradi.

Aqli zaif bolalarda maxsus tashkil etilgan ta'lim va tarbiya sharoitida ko'nikma va qobiliyatlarni o'zlashtirishda ijobiy dinamika shartsiz, lekin ularda o'rganish qobiliyati past darajada saqlanib qoladi.

Adabiyotlar ro'yxati:

1. L.G. Peterson "Metodik tavsiyalar"
2. T.R. Kislov "Alifbo yo'lida". O'qituvchilar, nutq terapevtlari, o'qituvchilar va ota-onalar uchun ko'rsatmalar.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН С ЛИЧНОСТНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНЫМИ ДЕПРЕССИЯМИ

С. Н. Нурходжаев, В.К. Абдуллаева
Ташкентский педиатрический
медицинский институт

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 (Александров А.А., Балашова Т.Н., 2000; с. 201). Особую значимость приобретает данное исследование в силу сложившихся обстоятельств с пандемией COVID-19, провоцирующей обострение депрессивной симптоматики, способствующей ухудшению самочувствия и психоэмоционального состояния различных возрастных и социальных групп населения (Нурходжаев С.Н., 2020). Депрессия является пусковым фактором в формировании суицидальных тенденций, особенно, если она терапевтически резистентна, отличается тяжестью проявлений клинической симптоматики и коморбидна с личностными расстройствами (Нурходжаев С.Н., 2017). Согласно научным данным российских психиатров, в последние годы определяется выявляемость терапевтической резистентности у категории пациентов с коморбидными личностными и депрессивными расстройствами (Ротштейн В.Г., Богдан М.Н., Долгов С.А., 1997). Исследование суицидального риска при депрессивных нарушениях, возникающих на фоне ПМС у женщин, обусловлена с их высокой распространенностью и неблагоприятным влиянием на качество жизни пациенток (Нурходжаев С.Н., Абдуллаева В.К., Бабарахимова С.Б., 2020).

Цель исследования: изучить риск развития суицидального поведения у женщин с предменструальным синдромом в структуре терапевтически резистентных депрессий, коморбидных с расстройствами личности.

Материал и методы: обследовано 55 пациенток в возрасте от 17 до 45 лет, находившиеся на стационарном лечении с терапевтически резистентными депрессиями в Республиканской городской психиатрической клинической больнице. Критерием для отбора пациенток было наличие на момент госпитализации депрессивной патологии с превалированием симптомокомплекса ПМС 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 (ММПИ) (Собчик Л.Н., 2002), шкалы SIGH-SAD (Williams J., 1992), опросник структуры личности и

темперамента TCI-125 (Cloninger C., 1991). 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: вся исследуемая выборка была разделена на две группы. В основную группу вошли 36 женщин, у которых в клинической картине терапевтически резистентных депрессий на фоне ПМС выявлено появление актуальных суицидальных мыслей с планированием и размышлениями о способах самоубийства. В группу сравнения вошли 19 пациенток без суицидальных тенденций и личностных расстройств. На инициальном этапе исследования в общей выборке обследуемых пациентов были выявлены личностные расстройства. В основной группе были установлены диагнозы расстройств личности в 63,8% (n=23) случаев - смешанное расстройство личности (F61.0), в 22,2% (n=8) случаев – пограничное расстройство личности (F60.31), в 13,8% (n=5) случаев – истерическое расстройство личности (F60.4). В группе сравнения личностные особенности не достигали критериев личностного расстройства, однако отмечались акцентуированные личностные черты характера. В ходе исследования был проведен сравнительный анализ клинических проявлений предменструального синдрома (ПМС) в основной группе и группе сравнения. Согласно диагностическим критериям МКБ-10, аффективные расстройства, связанные с менструальным циклом, могут быть соотнесены с аффективными нарушениями (например, как депрессивный эпизод, возникающий в связи с менструальным циклом - F38.8). В пользу связи ПМС с формированием ТРД может свидетельствовать тот факт, что при терапии ПМС может быть эффективно использование антидепрессантов (особенно из группы СИОЗС). По данным нашего исследования в основной группе ПМС регистрировался статистически значимо чаще, чем в группе сравнения. Средний возраст к началу ПМС у женщин из основной группы был ниже, чем в группе сравнения (соответственно $17,1 \pm 4,7$ и $21,4 \pm 8,3$ года ($p < 0,01$)). В обеих исследуемых группах началу аффективного расстройства предшествовало появление ПМС. В основной группе среднее количество лет между началом аффективного расстройства и появлением симптомов ПМС составило $15,8 \pm 9,4$ года, в то время как в группе сравнения

этот показатель составил $18,1 \pm 13,7$ года ($p > 0,05$). ПМС в исследуемых выборках пациенток предшествовал началу аффективного расстройства, при этом возраст к началу ПМС у пациенток основной группы был более ранним, чем у пациенток группы сравнения; встречаемость ПМС была статистически выше у пациенток с коморбидным личностным расстройством. В основной группе обследуемых женщин клинические проявления ПМС были значительно выражены, отмечалось раннее начало и неблагоприятное в прогностическом плане течение заболевания, а также сочетанная патология личностных характеристик пациентов с преобладанием истеро-возбудимых черт характера. Нами была проведена оценка основных клинико-динамических характеристик у исследуемых женщин: средний возраст возникновения аффективных расстройств, средняя длительность депрессивного эпизода, среднее количество перенесенных аффективных эпизодов. Средний возраст пациентов к началу аффективного расстройства в основной группе и группе сравнения составил соответственно $32,9 \pm 8,9$ и $40,5 \pm 9,8$ года ($p < 0,001$), что свидетельствует о появлении аффективных расстройств у пациентов основной группы в более молодом возрасте, чем у пациентов в группе сравнения. Внутригрупповой анализ не выявил статистически значимых различий показателей возраста к началу аффективного расстройства; кроме того, не было обнаружено статистически значимых различий возраста к началу аффективного расстройства между исследуемыми группами в зависимости от пола и диагноза ($p > 0,05$). Более ранний возраст к началу психических нарушений может свидетельствовать о большей патологической затронутости патогенетических механизмов, обеспечивающих развитие психических расстройств. Клиническая картина депрессивной симптоматики у пациенток основной группы отличалась преобладанием дисфорического компонента с тоскливо-злым настроением, на высоте которого отмечалось возникновение суицидальных тенденций, Психометрическое тестирование пациенток основной группы по Колумбийской шкале оценки тяжести суицида выявило превалирование актуальных суицидальных мыслей с конкретным планом и намерением у женщин с пограничным расстройством личности, а неспецифические суицидные идеи наблюдались у женщин с истерическим расстройством личности в большей степени. У пациенток со смешанным расстройством

личности в большей мере определялись актуальные суицидальные мысли, включая размышления о способах самоубийства. Исследование по второму модулю Колумбийской шкалы оценки тяжести суицидального риска - интенсивности суицидных идей установило, что пациентки с истерическим расстройством личности могли с легкостью контролировать суицидальные мысли, длительность протекания наплывов суицидальных мыслей у них была непродолжительной – в течение нескольких минут, все пациентки указали на наличие сдерживающих факторов, которые с вероятностью удержали от реализации суицидальных действий и намерений. Пациентки с пограничным расстройством личности при тестировании отметили, что длительность наплыва суицидальных мыслей продолжалась более 4 часов в сутки, появлялись они с частотой многократно каждый день, основанием для возникновения суицидных идей являлось желание отомстить или привлечь внимание окружающих людей. У пациенток со смешанным расстройством личности в большей мере наблюдались суицидальные мысли продолжительностью более 8 часов в день, женщины указали на отсутствие возможности контролировать такие мысли и малую вероятность сформированности антисуицидального барьера. Анализ полученных результатов исследования интенсивности суицидных идеаций установил, что у лиц со смешанным расстройством личности, коморбидным с терапевтически резистентными депрессиями, более высокий суицидальный риск, в отличие от пациенток с истерическим расстройством личности, у которых наблюдаются более низкие показатели по всем параметрам исследования, кроме наличия хорошо сформированных протективных сдерживающих факторов.

Выводы. Таким образом, полученные результаты исследования показали, что наличие предменструального синдрома в клинической картине терапевтически резистентных депрессий у женщин с личностными расстройствами оказывает значительное влияние на основные клинические характеристики текущего депрессивного эпизода: обуславливает большую тяжесть текущего депрессивного эпизода, большую выраженность типичных симптомов депрессии, имеет неблагоприятный исход в прогностическом плане эффективности фармакотерапии, а также способствует формированию суицидальных тенденций, тем самым повышая риск развития

суицидального поведения. У пациенток со смешанным расстройством личности в период нарастания ПМС на фоне пониженного настроения отмечается наиболее высокий риск реализации суицидальных действий. Раннее выявление ПМС при депрессии способствует выбору правильной тактики медико-психологической коррекции и предотвращает самоубийства и аутодеструктивные действия.

ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНЫХ ДЕПРЕССИЙ У ЖЕНЩИН, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

С.Н. Нурходжаев

ТашПМИ, Ташкент.

sabir.nurkhodjaev@tashpmi.uz

Актуальность изучения депрессивных расстройств связана 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. Проблема лекарственной резистентности депрессивной патологии определяется частотой резистентных состояний в практике лечения психической патологии. Фактически каждый третий пациент в перспективе становится резистентным к лечению [Danileviciute V., 2017]. 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. Вопрос поиска противорезистентной терапии при невозможности достигнуть ремиссию в случаях применения монотерапии антидепрессантами у пациентов с депрессивным расстройством широко обсуждается в научной литературе [Ротштейн В.Г., Богдан М.Н., Долгов С.А, 1997]. Согласно исследованиям российских психиатров, в последние годы определяется высокая выявляемость терапевтической резистентности у категории пациентов с коморбидными личностными и депрессивными расстройствами. В настоящее время существует несколько направлений в оценке взаимосвязи

личностных особенностей и формирования депрессивной патологии. 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. В большинстве современных источников личностные расстройства входят в число симптомов, усложняющих картину терапевтически резистентных депрессий и требующих психотерапевтической коррекции в рамках терапии периодов обострения [Бомов Д.Л., 2019].

Цель исследования: изучить клинические особенности фармакорезистентных депрессий для осуществления комплексной лечебно-реабилитационной помощи и оптимизации психотерапевтического подхода в выборе методов психокоррекционного воздействия с учётом личностных особенностей.

Материалы и методы исследования: обследовано 30 женщин в возрасте от 29 до 42 лет, находившихся на стационарном лечении в Городской Клинической Психиатрической больнице города Ташкента. 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 наблюдаемая в течение трёх недель госпитализации фармакорезистентность к назначаемым психотропным препаратам. Ведущими методами исследования являлись клиничко-психопатологический и клиничко-катамнестический. В ходе исследования для оценки выраженности депрессии и тревоги применялись шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (HDRS, HARS), опросник уровня тревожности Спилбергера-Ханина, а для определения личностных особенностей был использован Миннесотский многоаспектный личностный опросник (MMPI).

Результаты и обсуждения в ходе исследования было установлено, что наиболее часто аффективные нарушения классифицировались согласно МКБ-10, как тяжёлый депрессивный эпизод (F 32.3) - у 33,3% пациенток, рекуррентное депрессивное расстройство тяжелой степени (F 33.2) - у 26,7% женщин. Реже встречались умеренный депрессивный эпизод (F 32.1) - у 20% обследованных женщин, пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная

расстройством адаптации (F 43.21) - у 17% женщин и рекуррентное депрессивное расстройство средней степени (F33.1) - у 3% обследованных. С целью установления возможных соотношений между структурой личности и нозологической принадлежности депрессивного расстройства проведены патопсихологическое, экспериментально-психологическое и психодиагностическое исследования. С помощью Миннесотского многоаспектного личностного опросника (MMPI) было выявлено пять основных конституционально-личностных типов, характерных для больных с терапевтически резистентными депрессиями: шизоидное расстройство личности – у 12 пациенток (40%), эмоционально неустойчивое – у 8 пациенток (28%), истерическое – у 4 пациенток (12%); тревожное – у 3 пациенток (10%), ананкастное – у 3 пациенток (10%). По результатам тестирования было выявлено, что наиболее часто депрессивные расстройства тяжелой степени встречались у женщин с шизоидным расстройством личности, у которых выявлялись повышенная чувствительность, впечатлительность, легкая ранимость и обидчивость. На фоне воздействия психотравмирующей ситуации легко возникали депрессивные расстройства тяжелой и крайне тяжелой степени по шкале Гамильтона. Депрессия средней степени тяжести была выявлена у 25 % больных, их возникновение было связано с семейными конфликтами. У лиц с тревожным расстройством личности в 75 % случаев была выявлена депрессия тяжелой степени по шкале Гамильтона, депрессивные расстройства средней и крайне тяжелой степени встречались в 12,5 % случаев. У них имели место такие характерологические черты, как ранимость, впечатлительность, склонность к тревожным опасениям к утрированному самонаблюдению; рефлексии и длительной фиксации отрицательно окрашенных аффектов. Депрессивное расстройство средней тяжести по шкале Гамильтона было выявлено у 4 пациенток с истерическим типом личности, которые характеризовались также наличием истерических проявлений в виде склонности к фантазированию, потребности в признании, внешней эксцентричности и оригинальности интересов и увлечений. Вместе с этим, выявлялась изменчивость настроения и черты реактивной лабильности, выраженная потребность нравиться окружающим, демонстративность, яркость эмоциональных проявлений при некоторой их поверхностности, склонность к манипулятивному поведению, эгоцентризм, честолюбие, переоценка собственных способностей. При эмоционально

неустойчивом типе личности чаще возникала депрессия средней степени тяжести по шкале Гамильтона (80%), и лишь у 2 пациенток была диагностирована депрессия тяжёлой степени. В структуре личности этих пациенток на передний план выступали особенно ярко проявляющиеся признаки аффективной и эмоциональной лабильности, в сочетании с выраженной импульсивностью, склонностью к аутодеструктивным поступкам, а иногда девиациями в сфере влечений, нестабильность при формировании объектных межличностных отношений. Среди всех обследованных ананкастный тип личности встречался в 10% случаев, и для этих пациенток характерным было развитие депрессии средней степени тяжести с формированием обсессивно-компульсивной симптоматики. 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. Больные с шизоидным типом личности жаловались на ухудшение физического здоровья, неспособность к функционированию в повседневной жизни даже при наличии депрессии средней степени тяжести. Больные с тревожным типом личности испытывали быстрое утомление, с трудом выполняли физическую нагрузку, они также низко оценивали общее чувство благополучия, но при благоприятном микроклимате в семье и сохранении привычных социальных контактов на фоне депрессии тяжёлой степени эти показатели оставались на достаточно высоком уровне. У пациенток с ананкастным и тревожным типом личности на фоне депрессии тяжёлой степени отмечалась трудовая дезадаптация, сокращалось количество социальных контактов, ухудшались отношения в семье, что создавало дополнительные переживания, формировало аутодеструктивные тенденции, идеи самообвинения, появлялись суицидальные мысли. У женщин с эмоционально неустойчивым типом личности отмечалась прямая корреляционная связь между выраженностью депрессивных расстройств и социальными взаимоотношениями, при этом депрессия средней степени тяжести в 100% случаев возникала на фоне семейных конфликтов, депрессия крайне тяжёлой и тяжёлой степени развивалась вследствие нарушения взаимоотношений на работе. Женщины с истерическим типом

личности при наличии депрессии средней степени тяжести субъективно отмечали значительное ухудшение социального взаимодействия и физического здоровья, указывали на ухудшение психоэмоционального состояния и способность функционировать в повседневной жизни. При установлении взаимосвязи между типом личности и клинической картиной депрессивного состояния были получены следующие результаты: при шизоидном расстройстве личности характерны сенесто-ипохондрические и деперсонализационные депрессии; при истерическом расстройстве личности преобладают экзистенциальные депрессии и деперсонализационные депрессии с невротической, истерической деперсонализацией, при тревожном расстройстве личности отмечались тревожно-фобические и психастеноподобные депрессии; для больных, соответствующих эмоционально-неустойчивому расстройству личности, характерны соматизированные, маскированные депрессии, а для ананкастного расстройства личности наиболее часто характерно было развитие ипохондрических депрессий с доминированием обсессивно-компульсивных расстройств.

Выводы. Таким образом, 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 женщин.

ВЛИЯНИЕ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НА ТЕЧЕНИЕ ДЕМЕНЦИИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Пономарева Е.В.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»,

Москва, Россия

elena-pon@hotmail.com

Введение. Проблема сочетания депрессии и деменции, в частности, обусловленной болезнью Альцгеймера (БА), сохраняет свою научную и практическую значимость, а также привлекает к себе внимание специалистов в области психо- и нейрогериатрии в

связи с высокой частотой такой коморбидной патологии, а также возникающими на ее фоне диагностическими и терапевтическими трудностями.

Целью настоящего исследования являлось изучить особенности психопатологической структуры коморбидных депрессивных расстройств (ДР) у пациентов с БА, уточнить основные клинические закономерности развития заболевания, протекающего с ДР.

Материал и методы исследования. В когорте пациентов с БА, наблюдавшихся на протяжении 3 лет в отделе по изучению болезни Альцгеймера и ассоциированных с ней расстройств ФГБНУ НЦПЗ, у 176 из 550 больных выявлялись ДР, что составило 32% от общего числа больных, включенных в когорту наблюдения. В рамках данного исследования было проведено сравнительное исследование двух групп больных БА - с ДР в структуре деменции (основная группа - 65 пациентов) и без таковых (контрольная группа - 65 пациентов). Группа контроля была подобрана таким образом, чтобы соответствовать распределению больных в основной группе по возрасту, клиническим типам БА и этапам деменции. Методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психометрический, нейропсихологический, нейроинтраскопический - МРТ исследование головного мозга, сомато-неврологическое обследование. Учитывая цели и задачи исследования, динамика психопатологических проявлений ДР и течение БА в целом рассматривались на трех этапах: клиническое обследование больных, включая психометрическую оценку состояния когнитивных функций, проводилось на момент включения в исследование, через 6, 12 и 24 месяца. В качестве оценочных инструментов использовалась шкала минимальной оценки психического статуса - MMSE (Mini-Mental State Examination), шкала нарушений когнитивных функций при болезни Альцгеймера - ADAS-cog (Alzheimer's Disease Assessment Scale Cognitive), шкала оценки нарушений повседневной активности - IADL (Instrumental Activities of Daily Living), шкала оценки поведенческих и психопатологических симптомов деменции - NPI (Neuropsychiatric Inventory), а также показатели оценки депрессий по шкале Гамильтона - HDRS-17 (Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression).

Результаты. Симптомы депрессии были выявлены у пациентов с БА, находящихся на разных этапах течения заболевания. К моменту

первичного обследования состояние большинства пациентов – у 32 из 65 больных (49,2%), соответствовало умеренно выраженной деменции, у 19 (29,2%) больных была диагностирована мягкая деменция и только у 14 (21,6%) больных – тяжелая. БА с ранним началом (пресенильный тип) была установлена у 37 (56,9%) больных с ДР, с поздним началом (сенильный тип) – у 28 (43,1%). У больных с пресенильным типом ДР чаще (у 21 из 37 больных) отмечались на стадии умеренной деменции, а при начале БА в старческом возрасте (65 и старше лет) – на стадии мягкой деменции (у 13 из 28 больных). Изучение особенностей ДР на различных этапах течения БА позволило выявить многообразие их клинических проявлений и особенностей развития. Наиболее часто встречались тревожные депрессии (35,4%), несколько - апатические депрессии (29,2%), у 16,9% пациентов были выявлены депрессии с бредом, у 10,8% - ипохондрическая депрессия (10,8%). Наиболее редкая у пациентов с БА была тоскливая депрессия (7,7%). У больных с мягкой и умеренной деменцией встречались все 5 указанных клинических типов депрессий, с преобладанием тревожных ДР (42,1% и 34,4% соответственно). При этом для депрессий, возникающих на этапе умеренно выраженной БА, была характерна более развернутая и «яркая» депрессивная симптоматика, а также наиболее глубокие и продолжительные ДР, нежели те, которые имели место у пациентов с мягкой деменцией. На этапе тяжелой деменции ДР встречались реже всего и были представлены лишь 3 типами: тревожной, апатической депрессией и депрессией с бредом, при этом преобладали апатические депрессии (57,1%). ДР на этапе тяжелой деменции характеризовались наименьшей длительностью и выраженностью, носили фрагментарный, или однообразный, монотонный характер. Сравнительное исследование двух групп больных БА с ДР в структуре деменции и без таковых, распределение пациентов в которых по численности, клиническому типу БА и этапу заболевания было равным, показало, что как при пресенильном, так и при сенильном типах БА средний возраст больных к началу этапа мягкой деменции был меньшим у пациентов с ДР по сравнению с группой пациентов без ДР. Длительность этапа мягкой деменции у больных с ДР в целом оказалась достоверно меньшей по сравнению с группой пациентов без ДР. Длительность этапа умеренно выраженной деменции не имела статистически достоверных различий в

сравниваемых группах, а продолжительность этапа тяжелой деменции оказалась одинаковой в обеих изучаемых группах. О более прогрессивном течении БА при наличии в ее структуре ДР также свидетельствуют более высокие показатели смертности в этой группе больных. На протяжении двухлетнего катамнестического наблюдения в группе больных с ДР показатель смертности после одного года наблюдения оказался почти в два раза выше аналогичного показателя для группы пациентов без депрессий (23,1 и 12,3% соответственно). После двухлетнего наблюдения показатель смертности в группе больных с ДР составил 40 %, что в 1,4 раза превышало показатель смертности среди пациентов без ДР (27,7%).

Заключение. Таким образом, в ходе данного исследования было показано, что присутствие ДР в структуре БА коррелирует с более ранним началом БА и с большей прогрессивностью течения на этапе мягкой деменции независимо от клинического типа БА. На последующих этапах развития БА корреляция между наличием в структуре деменции ДР и прогрессивностью течения заболевания была выявлена лишь для пациентов с сенильным типом болезни.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ МЯГКОГО КОГНИТИВНОГО СНИЖЕНИЯ

Пономарева Е.В.

ФГБНУ «Научный центр
психического здоровья», Москва,
Россия

elena-pon@hotmail.com

Введение. Ранняя диагностика и превентивная терапия додементных когнитивных расстройств занимают важное место среди современных направлений в исследованиях в области гериатрии. Задача идентификации проявлений прогрессирующего когнитивного дефицита и отграничение этих состояний от когнитивного снижения непрогрессивного характера приобретает особую актуальность и практическую значимость. Целью для создания исследовательской концепции мягкого когнитивного снижения («Mild Cognitive

Impairment» - MCI) была попытка выделить категорию лиц с таким ухудшением когнитивных функций, которое представляет собой промежуточную стадию между возрастной нормой и деменцией, а также имеет наиболее высокий риск перехода в состояние деменции в ближайшие 3-5 лет (Petersen R.C., 2006). Задача разработки мер профилактики деменции выдвинулась на одно из первых мест по своей медико-социальной значимости.

Целью работы было провести комплексную клинико-психологическую диагностику динамики когнитивной сферы у когорты пожилых лиц с синдромом мягкого когнитивного снижения амнестического типа (аМКС).

Материал и методы исследования. Исследована когорта из 252 пациентов с амнестическим вариантом синдрома мягкого когнитивного снижения (аМКС), находившаяся на амбулаторном наблюдении в течение 3 лет в отделе гериатрической психиатрии ФГБНУ НЦПЗ. Группа состояла из 150 женщин и 102 мужчин (59,5% и 40,5% соответственно) в возрасте от 50 до 93 лет (средний возраст 67,0±10,3 лет). Все пациенты соответствовали современным критериям диагностики синдрома МКС, разработанными Международной рабочей группой и Национальным институтом старения, США (с оценкой по шкале CDR – 0,5 и по шкале MMSE 26-30 баллов). Все пациенты прошли нейропсихологическое исследование. В зависимости от клинического типа аМСИ все включенные в исследование пациенты были разделены на амнестический монофункциональный (АМФ) – 111 пациентов (44,0%) и амнестический полифункциональный вариант (АПФ) – 141 пациент (56%), которые значительно не отличались по возрастным, гендерным характеристикам и по уровню образования.

Методы: клинико-катамнестический, психометрический и нейропсихологический методы. Психометрическая оценка когнитивного статуса пациентов проводилась по стандартным шкалам и тестам на момент включения в исследование и через 3 года (MMSE; MoCA; FAB; CDT – Clock Drawing Test; BNT- Boston Naming Test; тест запоминания 10 слов (А.Р. Лурия, 1963); субтест теста Векслера - повторение цифр в прямом порядке и в обратном порядке; BVRT - Benton Visual Retention Test; Тест Мюнстерберга; шкале депрессии Гамильтона; шкала MFI-20 - Multidimensional Fatigue Inventory).

Результаты. После включения в когорту наблюдения все пациенты были обследованы клинико-катамнестическим методом с оценкой динамики когнитивного статуса через 3 года. В зависимости от его результатов пациентов разделили на 4 группы. Пациенты в группах не различались значимо по возрастным и гендерным характеристикам. В 1 группу вошли 67 пациентов (26,6 % от общего числа обследованных) с прогрессированием когнитивного дефицита до деменции или выраженным ухудшением когнитивных функций (по шкале МоСа ≥ 3 баллов). В этой группе значимо преобладали пациенты с АПФ (78,8%). 2 группу составили 30 пациентов (11,8%) с минимальным ухудшением когнитивных функций (по шкале МоСа < 3 баллов). 3 группа состояла из 108 пациентов (42,9%) со стабильным состоянием когнитивных функций (по шкале МоСа без динамики). В 4 группу вошли 47 пациентов (18,7%) с минимальным улучшением когнитивных функций (по шкале МоСа < 3 баллов). Имело место преобладание пациентов с АМФ во 2 и 4 группах, среди пациентов 3 группы соотношение пациентов с АПФ и АМФ было практически равным (51,9% и 48,1). При сравнении исходных психометрических показателей достоверных различий между группами получено не было. У всех пациентов исходно оценивались также некогнитивные и поведенческие симптомы. Значимо более высокие оценки по шкале депрессии Гамильтона оказались у пациентов 1 и 2 групп (с разной степенью ухудшения) по сравнению с улучшившимися результатами у 4 группы ($1,8 \pm 1,6 / 1,7 \pm 3,5$ баллов). Оценка тревоги по шкале Гамильтона также выявила значимые различия между первой/второй и третьей/четвертой группами ($1,8 \pm 1,4 / 1,5 \pm 3,2$ и $0,5 \pm 1,2 / 0,3 \pm 0,7$ баллов). Анализ показателей по гериатрическому опроснику депрессии (GDS) не показал значимых различий между группами, однако, наибольшие показатели были выявлены у пациентов 1 группы и наименьшие – у четвертой ($4,9 \pm 2,6$ и $4,2 \pm 1,9$ баллов). К началу исследования все показатели астении по шкале MFI-20 были значимо более высокими у пациентов 1 группы по сравнению с аналогичными показателями у пациентов 4 группы ($46,2 \pm 7,7$ и $12,4 \pm 8,2$ баллов). Присутствие некогнитивных симптомов в структуре синдрома aMCI, особенно симптомов депрессии и тревоги, а также апатии, достоверно коррелировало с выраженным и минимальным ухудшением в катамнезе по сравнению с аналогичными показателями у пациентов с выраженным улучшением.

Результаты комплексного нейропсихологического обследования пациентов 1 группы показали, что первичная оценка когнитивных функций указывала на сочетание снижения нейродинамических параметров психической активности (симптомы со стороны глубоких структур мозга) и недостаточности произвольной регуляции психической деятельности (недостаточность лобных систем мозга). У пациентов 2 группы наблюдался нейропсихологический вариант нормального старения с усилением недостаточности нейродинамических характеристик деятельности. Нейропсихологическая диагностика пациентов 3 и 4 групп показала, что когнитивный статус этих пациентов можно рассматривать в рамках «пространственного» варианта нормального старения в сочетании с легкой недостаточностью отсроченного воспроизведения вербальных стимулов.

Заключение. Проведенное проспективное исследование когорты пожилых пациентов с амнестическим вариантом синдрома мягкого когнитивного снижения показали важность своевременной комплексной диагностики когнитивной и некогнитивной сферы для проведения персонифицированной терапии и разработки когнитивной стимуляции в работе клиницистов и психологов.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МЯГКОГО КОГНИТИВНОГО СНИЖЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Пономарева Е.В.

ФГБНУ «Научный центр психического
здоровья», Москва, Россия
elena-pon@hotmail.com

Введение. В связи с высокой распространенностью болезни Альцгеймера (БА) важной проблемой медицины является поиск маркеров прогноза при додементных когнитивных нарушениях с высоким риском развития деменции альцгеймеровского типа (амнестическом мягком когнитивном снижении). Риск развития деменции у пациентов с амнестическим вариантом синдрома мягкого когнитивного снижения (аМКС) составляет около 15% за год (Busse et al., 2006; Manly et al., 2008). Однако, у некоторых больных

когнитивные расстройства имеют стабильный характер или регрессируют: частота восстановления когнитивных функций при аМКС достигает, по разным данным, от 15 до 30% (Palmer et al., 2003; Pandya et al., 2017). С учетом этого, весьма важен поиск маркеров прогнозирования клинической динамики при аМКС.

Цель настоящего исследования: определение долгосрочного (трехлетнего) прогноза прогрессирования когнитивного дефицита у пожилых лиц с аМКС на основе анализа исходных клинико-иммунологических показателей.

Материалы и методы: настоящее исследование основано на клинико-катамнестическом обследовании 52 пациентов с аМКС, наблюдавшихся амбулаторно с 2018 по 2020 гг. Психометрический оценочный комплекс включал следующие шкалы и тесты: шкалу общего клинического впечатления (CGI); Мини-тест оценки когнитивных функций (MMSE); Монреальскую шкалу оценки когнитивных функций (MoCA); Тест произвольного запоминания 10 слов (А.Р. Лурия, 1963); Бостонский тест называния (BNT); Субтест 6 теста Векслера; Тест рисования часов (CDT); Тест запоминания 5 геометрических фигур (Е.Д. Хомская, 2007); Тест Бентона (BVRT); Субтест «звуковые» ассоциации и Субтест «категориальные» ассоциации; общая шкала Маттиса, тест Мюнстерберга. В рамках исследования у 30 пациентов определяли уровень цитокинов (TNF α , ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10) в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием диагностических наборов производства ООО «ЦИТОКИН».

Результаты. Через 3 года после включения в когорту наблюдения все пациенты были обследованы клинико-катамнестическим методом с оценкой динамики когнитивного статуса. В зависимости от его результатов пациентов разделили на 4 подгруппы. В 1 подгруппу вошли 13 пациентов (25,0 % от общего числа обследованных) с прогрессированием когнитивного дефицита до деменции или выраженным ухудшением когнитивных функций (по шкале MoCA ≥ 3 баллов). 2 подгруппу составили 7 пациентов (13,5%) с минимальным ухудшением когнитивных функций (по шкале MoCA < 3 баллов). 3 подгруппа состояла из 22 пациентов (42,3%) со стабильным состоянием когнитивных функций (по шкале MoCA без динамики). В 4 подгруппу вошли 10 пациентов (19,2%) с минимальным улучшением когнитивных функций (по шкале MoCA < 3 баллов). Пациенты

в подгруппах не различались значимо по среднему возрасту, полу и по исходным психометрическим показателям. Распределение пациентов в катанестических подгруппах в зависимости от клинического варианта аМКС показало значимое преобладание пациентов с амнестическим полифункциональным вариантом (АПФ) в 1 подгруппе (78,8%) и преобладание пациентов с амнестическим монофункциональным вариантом (АМФ) во 2 и 4 подгруппах, среди пациентов 3 подгруппы соотношение пациентов с АПФ и АМФ было примерно равным (51,9% и 48,1% соответственно). Анализ показателей иммунограммы показал статистически значимое увеличение И1, И6, И8, TNF α у пациентов с выраженным прогрессированием когнитивного дефицита (1-ая подгруппа) по сравнению с остальными подгруппами и, напротив, наибольшее, статистически достоверное увеличение противовоспалительного цитокина - И10 у пациентов 4-ой подгруппы по сравнению с подгруппами с прогрессированием когнитивных расстройств (1 и 2 подгруппы). Таким образом, у большинства больных с явным прогрессированием синдрома аМКС исходно выявлялось повышение уровня маркеров системного воспаления (провоспалительных цитокинов И1, И6, И8, TNF α), что может отражать уровень системного воспаления или функциональную недостаточность противовоспалительных механизмов. В свою очередь группа пациентов с последующим улучшением когнитивного функционирования, наоборот, отличалась исходно повышением уровня противовоспалительного потенциала системы интерлейкинов (И10).

Заключение. Проведенное проспективное исследование когорты пожилых пациентов с аМКС показало, что наличие хронического низкоуровневого системного воспалительного ответа прогнозирует прогрессирование когнитивного дефицита или переход в деменцию на протяжении ближайших трех лет. Полученные данные свидетельствуют о перспективности дальнейших исследований в этой области, в частности, о необходимости создания алгоритма додементной диагностики БА с использованием иммунных показателей и разработки методов коррекции выявленных нарушений иммунного статуса у пациентов с когнитивными расстройствами, с помощью которых можно предположительно воспрепятствовать прогрессированию нейродегенерации на ее начальном этапе.

«ВЫУЧЕННАЯ» ИПОХОНДРИЯ КАК ПРЕДИКАТ РАЗВИТИЯ ДЕПРЕССИВНОСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

**Пономарева К. О.,
Чут У. Ю.**

студент 2 курса кафедры психиатрии, наркологии,
психотерапии и клинической психологии НГМУ
преподаватель кафедры психиатрии, наркологии,
психотерапии и клинической психологии НГМУ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Новосибирский
государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск
Email: *ponomareva_ks99@mail.ru*

Актуальность работы. В контексте работы под «выученной» ипохондрией мы понимаем устойчивую систему паттернов поведения, которые не предоставляют личности возможности обнаружить альтернативные варианты поведения при наличии аверсивных стимулов, связанных с полученным ранее травмирующим опытом. Рассматривая ипохондрию как предикат развития патологии личности, стоит отметить тенденцию увеличения количества пациентов молодого возраста, страдающих этим расстройством. Оказываемое им влияние на формирование «Я-концепции» и самопрезентации подростков имеет негативные последствия, к числу которых можно отнести тревожно-депрессивную симптоматику. В связи с этим, мы считаем вопрос «выученности» ипохондрии у подростков как одну из проблем, относящуюся к наиболее важным для решения задач в клинической практике.

Цель исследования. Охарактеризовать явление «выученной» ипохондрии, а также акцентировать внимание на взаимосвязи между исследуемым феноменом и депрессией у детей и подростков в отношении самоповреждающего и суицидального поведения.

Материалы и методы. Анализ зарубежных и отечественных трудов в электронных базах данных научных публикаций в период с 2020 по 2022 г. по ключевым словам: депрессия, соматизация, тревога, подростки, аутоагрессия, ипохондрия, суицидальность.

Результаты и обсуждения. В ходе проведенного анализа было выяснено, что соматизация может предшествовать возникновению депрессивного расстройства. Беспомощность, обусловленная воздействием ипохондрии, отражает внутренние установки личности и определяет содержание когнитивного компонента аффективных реакций. Дети и подростки с «выученной» ипохондрией могут совершать не только действия самоповреждающего несуицидального характера, но и предпринимать попытки активного суицидального поведения как стремления облегчить страдания, связанные с состоянием фрустрации. Сужение сферы сознания, характерное для ипохондрии, и связанное с ним ограничение внешних контактов, проявляется во взаимо-детерминированной связи с депрессией. Не только физическое, но и психическое «Я» также может стать объектом тщательного внимания пациентов. Это устанавливается как патологическая рефлексия, особенно в подростковом и юношеском возрасте, что может приводить к формированию синдрома «психологической инкапсуляции», проявляющегося в пристальной сосредоточенности подростка на своих переживаниях и фантазиях в ущерб активной внешней деятельности и коммуникативной сфере. Аутентичность синдрома заключается в отчужденном отношении подростка как к другим, так и к себе, отсутствии самостоятельности и ответственности за свое поведение, ограниченности жизненных планов. Наблюдается значительное снижение уровня адаптивности, на смену которому появляются депрессивные тенденции, представленные наличием активных жалоб на гипотимию, апатию, упадок сил, переживание собственной несостоятельности, в выраженных значениях по тестам оценки аффективной сферы. Клиническая картина симптомокомплекса хоть и совпадает с проявлениями депрессии, однако, не соответствует ей, что также обуславливает отсутствие положительной динамики при назначении антидепрессантов, поскольку подросток лишь транслирует модель поведения, приобретенную путем научения.

Выводы. Беспомощность и безнадежность, детерминированные ипохондрией, не вписаны в круг научно-психологических концепций личности. Данный феномен не соотносится с другими личностными характеристиками и нозологиями. В настоящее время не разработаны методы диагностики беспомощности у детей и подростков, а также не изучена проблематика несоответствия

предъявляемых симптомов депрессивной триады (в том числе и по результатам диагностики аффективной сферы) и нормативности в высших психических функциях.

ОЦЕНКА ДЛИТЕЛЬНОСТИ И КАЧЕСТВА ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ РЕМИССИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

**Поплевченков К.Н., Агибалова Т.В.,
Бузык О.Ж.**

ГБУЗ «Московский научно-практический
центр наркологии Департамента
здравоохранения Москвы». Москва, Россия
poplevchenkov@mail.ru

Цель исследования – оценка длительности и качества терапевтических ремиссий у пациентов с зависимостью от сочетанного употребления психоактивных веществ (ПАВ). Материалом для исследования были 254 пациента. Критерии включения: диагноз «зависимость от одного или нескольких ПАВ» (F11.2; F14.2; F15.2; F16.2; F17.2; F19.2 по МКБ-10); мужчины и женщины в возрасте от 18 до 50 лет; подписание информированного согласия на участие в исследовании. Критерии невключения: 1) эндогенная психическая патология (шизофрения, шизоаффективные психозы, биполярное расстройство, деменция, эпилепсия); 2) обострение неврологических, сердечно-сосудистых, почечных или печеночных болезней, открытая форма туберкулеза. Методы: клинико-психопатологический, психометрический (русскоязычная версия опросника «Индекс тяжести зависимости: Treatnet»), анамнестический, катамнестический, статистический. Длительность ремиссии оценивалась по количеству дней трезвости в процессе катамнестического наблюдения. Качество ремиссии оценивалось по количеству срывов и рецидивов заболевания, а также динамике нарушений в основных жизненных сферах больных, определенных при помощи Индекса тяжести зависимости.

Результаты. Все пациенты были разделены на 2 группы. В 1 группу вошли пациенты с зависимостью только от одного вида ПАВ

– 50 человек (20%). С зависимостью от опиоидов было 20 человек (40%), психостимуляторов 15 человек (30%), каннабиноидов 10 человек (20%), галлюциногенов 5 человек (10%). Во 2 группу вошло 204 человека (80%) с сочетанной зависимостью от ПАВ. Наиболее часто встречалось сочетанное употребление каннабиноидов и психостимуляторов (67 человек 21%), опиоидов и психостимуляторов (44 человека 14%), алкоголя и психостимуляторов (48 человек 15%) и сразу несколько ПАВ (45 человек 14%). У больных 1 группы акцентуации характера встречались значительно реже – 20%, во 2 группе акцентуации характера имели до 62% больных. Преобладало заострение антисоциальных и эмоционально неустойчивых черт личности. Больные, находились под катamnестическим наблюдением в течение года. Состояние ремиссии, после окончания стационарного этапа реабилитации с дальнейшим прохождением амбулаторного этапа реабилитации или при изначальном выборе прохождения реабилитации в амбулаторном режиме, отслеживалось на контрольных визитах пациентами врачом и психологом. Врач оценивал психический и физический статус больного во время беседы и визуального осмотра клинически. Всем больным с периодичностью 1 раз в месяц выполнялся иммунохроматографический анализ с использованием тест-полосок на наличие ПАВ в моче. В трудных диагностических случаях, если у врача и психолога возникали подозрения об употреблении ПАВ и при отрицательном иммунохроматографическом тесте (при употреблении синтетических катинонов и других новых ПАВ), для подтверждения факта употребления ПАВ, моча пациента направлялась в лабораторию с целью выполнения газовой или жидкостной хроматографии с масс-селективным детектированием.

Все больные после купирования основных проявлений синдрома отмены, продолжали лечение в условиях стационарной или амбулаторной реабилитации. Больше всего пациентов, прошедших стационарную реабилитацию, было в 1 группе 71%. Во 2 группе таких больных было достоверно меньше (60%, $p < 0,01$). Количество срывов после выписки из стационара у больных в 1 группе, с зависимостью только от одного вида ПАВ, составило 40% (20 человек). При этом у 18 пациентов срыв к рецидиву заболевания (возобновления систематического употребления ПАВ) не привел. В этой же группе у больных статистически чаще встречались ремиссии

от 6 до 12 месяцев – 40 человек (80%). Несмотря на большое количество срывов среди больных 1 группы (40%), систематическое употребление наркотика, вскоре после выписки из стационара, возобновили только 10 человек (20%). Это можно объяснить тем, что у большинства больных из этой группы наблюдалось заострение эмоционально неустойчивых и антисоциальных личностных черт, не достигающих уровня расстройства личности и с ними было легче установить психотерапевтический контакт, и удерживать в лечебной программе. У пациентов с сочетанной зависимостью от ПАВ, статистически чаще срывы приводили к рецидиву заболевания. Среди больных 2 группы срывы наблюдались у 146 пациентов (72%). При этом рецидив заболевания наблюдался у 132 человек (65%). В целом, у больных с зависимостью только от одного вида ПАВ достичь ремиссии от 6 до 12 месяцев удалось статистически большему количеству больных по сравнению с пациентами с сочетанной зависимостью от ПАВ (1 группа (N50) 40 человек (80%) vs 2 группа (N204) 107 человек (52%), $p < 0,001$ (Критерий Фишера)). Большая часть больных 2 группы имели максимально заостренные диссоциальные (антисоциальные) и эмоционально неустойчивые черты личности, больные с большим трудом шли на контакт со специалистами, у большинства больных наблюдалось интенсивное патологическое влечение к ПАВ с преобладанием аффективного и поведенческого компонентов, выявлялось резкое снижение критики к своему состоянию и заболеванию.

Качество ремиссии у больных, включенных в исследование, оценивалось по динамике шкал опросника «Индекс тяжести зависимости: Treatnet». В постабстинентном периоде, расстройствам крайне тяжелой степени соответствовали нарушения в таких жизненных сферах больных как: «работа и средства к существованию» (1 группа (N50) 9,00 [1,00; 9,00] баллов vs 2 группа (N204) 9,00 [8,00; 9,00] баллов, $p = 0,001$), «социальный и семейный статус» (1 группа (N50) 8,00 [5,00; 9,00] баллов vs 2 группа (N204) 9,00 [6,50; 9,00] баллов, $p = 0,012$), «психический статус» (1 группа (N50) 5,00 [2,00; 5,00] баллов vs 2 группа (N204) 9,00 [8,00; 9,00] баллов, $p = 0,001$). Через 12 месяцев нахождения в программе реабилитации и катамнестического наблюдения наблюдалась положительная динамика в основных жизненных сферах большинства больных. Наибольшая положительная динамика прослеживалась у больных 1

группы, во 2 группе сохранялись выраженные нарушения в исследуемых жизненных сферах больных: «работа и средства к существованию» (1 группа (N50) 1,00 [0,00; 3,00] баллов vs 2 группа (N204) 5,00 [2,50; 9,00] баллов, $p=0,001$), «социальный и семейный статус» (1 группа (N50) 2,00 [1,00; 4,00] баллов vs 2 группа (N204) 7,00 [3,00; 8,50] баллов, $p=0,001$), «психический статус» (1 группа (N50) 2,00 [0,00; 3,00] баллов vs 2 группа (N204) 3,00 [2,00; 5,00] баллов, $p=0,001$).

Заключение. Пациенты с зависимостью только от одного вида ПАВ, с минимальным заострением антисоциальных и эмоционально неустойчивых черт личности, чаще выбирают прохождение реабилитационного этапа лечения в стационарных условиях, срывы в процессе реабилитации в большинстве случаев не приводят к рецидиву заболевания. Данные больные отличаются продолжительными ремиссиями, сроком от 6 до 12 месяцев, и высокой динамикой их качества.

Пациенты с сочетанной зависимостью от ПАВ, с максимально выраженными антисоциальными и эмоционально неустойчивыми чертами в структуре личности, чаще выбирают реабилитацию в амбулаторных условиях, срывы в процессе реабилитации в большинстве случаев приводят к рецидиву заболевания. Данные больные отличаются наибольшим процентом коротких ремиссий, сроком до 3-х месяцев, и низкой динамикой их качества.

РУҲИЙ РИВОЖЛАНИШИ СУСТЛАШГАН БОЛАЛАРНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ

М.Р.Пўлатхўжаева

Низомий номидаги ТДПУ

Махсус педагогиканинг клиник

асослари кафедраси ўқитувчиси доц. в.б,

Логопедия йўналиши

талабаси **Гайратова М.**

Боланинг самарали таълим олишга тайёрлашнинг асосий кўрсаткичларидан бири тўғри, яхши ривожланган нутқ ҳисобланади. Тўғри нутқ боланинг ҳар томонлама ривожланишининг муҳим шарти ҳисобланади. Боланинг нутқи қай даражада тўғри бўлса, ўз фикрларини баён қилиш шунчалик осон бўлади ва атроф олам

ҳақидаги билимлари тасаввурлари кенгайди, атрофдагилар билан бўлган муносабати тўғри ва мазмунан бой амалга ошади. Шунинг учун ҳам болаларда нутқнинг ўз вақтида шаклланиши ҳақида, унинг тўғрилиги ҳақида қайғуриш, намоён бўлувчи турли нутқ нуқсонларни олдини олиш ва тўғрилаш муҳим вазифалардан бири ҳисобланади. Нутқ нуқсонларини келиб чиқиши нутқ бузилиши, нутқий муомаланинг чекланганлиги бола шахсининг шаклланишига салбий таъсир кўрсатиши, аслида бўлмаган руҳий бузилишларини ҳиссий-иродавий соҳанинг ўзига хос хусусиятларини келтириб чиқариши, унинг характердаги салбий фазилатларнинг ривожланиши учун йўл очиб бериши мумкин. Руҳий ривожланиши сустлашган болаларда руҳий жараёнини орқада қолиши билан бир қаторда, уларнинг нутқида ҳам турли камчиликлар номоён бўлади. Бундай болаларнинг нутқий тажрибаси чекланган, тил воситалари ривожланмаган бўлади. Нутқий мулоқотга эҳтиёж етарлича қондирилмайди. Руҳий ривожланиши сустлашган болаларда луғат бойлиги етишмаслиги, нутқида фонетик-фонематик камчиликлари ривожланишида нуқсонлар аниқланганида кузатилади. Бундай болаларнинг нутқий тажрибаси чекланган, тил воситалари ривожланмаган бўлади. Нутқий мулоқотга эҳтиёж етарлича қондирилмайди. Сўзлашув нутқи қашшоқ, кам сўзли, вазиятларни тушунтириб бера олмасликлари уларнинг нутқининг тушунарсизлигига олиб келади. Ҳозирги вақтда руҳий ривожланиши сустлашган болаларда нутқнинг шакллантириш муаммоси долзарб муаммолардан бири ҳисобланади. Руҳий ривожланиши сустлашган болаларда нутқни фонетик – фонематик ривожланмаганлиги бу нутқнинг фонетик - фонематик томондан камчилиги бўлиб товушларни талаффуз этиш ва идрок этиш жараёнидаги камчиликлар натижасида болаларда она тилидаги товушларни талаффуз қилиш шаклланишининг бузилишидир. Нутқнинг фонетик – фонематик компонентлари бузилиши ва уларни бартараф этиш бўйича олимлар турли изланишлар олиб боришган, аммо руҳий ривожланиши сустлашган болалар нутқининг фонетик-фонематик камчиликларини ўрганиш бўйича изланишлар етарлича олиб борилмаган.

Руҳий ривожланиши сустлашган болалар нутқни фонетик-фонематик томонидаги камчиликларини бартараф этиш муоммоси кўпчилик мутахассислар ва ушбу тоифадаги болалар тарбияси билан шуғулланувчи инсонларни қизиқтирсада, аммо кам тадқиқ этилган

мавзулар сирасига киради. Руҳий ривожланиши сустлашган болаларнинг психологик хусусиятлари, нутқнинг фонетик – фонематик томони ўрганилмаганлиги, уларни нутқини ривожлантириш муоммоси кам миқдорда тадқиқ этилгани, бу йуналишдаги тадқиқот ишлари етарли даражада олиб борилмаганлиги, дефектологлар иш тажрибалари умумлаштирилмаган ва махсус методик қўлланма яратилмаганлиги, айти дамада ушбу масалага муайян эътибор қаратилишини лозимлигини талаб қилмоқда.

К.С.Лебединский ўзининг узоқ йил олиб борган тадқиқотлари натижасида, руҳий ривожланишини орқада қолишини 4 асосий вариантини кўрсатади:

1) Руҳий ривожланиш сусайишини келиб чиқишига кўра конституционал шакли.

2) Руҳий ривожланиш сусайишини келиб чиқишига кўра соматоген шакли.

3) Руҳий ривожланиш сусайишини келиб чиқишига кўра психоген шакли.

4) Руҳий ривожланиш сусайиш генезининг церебрал органик шакли.

Ю.Г.Демьянов руҳий ривожланишни сустлашувини қуйидаги касаллик ва шарт шароитлар натижаси деб илмий асослаб беради:

- церебрастеник ҳолат;
- психофизик ҳолат;
- неврологик ҳолат;
- руҳий бузилиш ҳолати;
- нутқнинг тўлиқ ривожланмаганлиги;
- оғир сурункали касалликлари;
- кўриш, эшитишдаги нуқсонлар;
- оғир оилавий шароит натижасида педогогик қаровсизлик;

Руҳий ривожланиши сустлашган болалар гуруҳига кирувчи болалар ўзига хосликларидан бири фаолиятни мақсадга йўналтирилмаганлиги, асосий тушунча ва тасаввурларни етарли шаклланмаганлигида намоён бўлади. Олимнинг таъкидлашича, боланинг оилавий шароити қоникарли эмаслиги, педагогик қаровсизлик ҳам болада салбий хусусиятларни ривожланишига туртки бўлади.

Бундай болаларни мактаб таълимига руҳий, психологик тайёр бўлмасликлари қуйидагича намоён бўлади:

- нутқ ривожланишини орқада қолиши;

- ақлий жараёнлар, малакава кўникмаларни етишмаслиги;
 - одоб-ахлоқ малакаларини етарли шаклланмаганлиги;
 - ташқи олам хақида билим ва тасаввурларни етарли эмаслиги;
- Академик И.В.Лубовский рахбарлигида олиб борилган тадқиқотлар натижаси шуни кўрсатадики, руҳий ривожланиши сустлашган болаларнинг олий асаб фаолиятлари қуйдагича ўзига хос хусусиятлари билан характерланади. Улар: асосий асаб жараёнларининг кучсизлиги, тормозловчи шартли боғланишларининг секинлиги, асаб жараёнларининг тез толиқиши;
- марказий нерв системасида қўзғалиш жараёнини кенг тарқалиши;
 - асаб жараёнларини бўшлиғи;

Руҳий ривожланиши сустлашган болаларни нутқи, нормал болалар нутқиға нисбатананча кеч ривожланиб боради. Уларда турли нутқ камчиликлари кузатилиб туради. Уларда учрайдиган ушбу камчиликлар мактаб даврида турли хил қийинчиликларға олиб келишиға сабаб бўлади. Улар мактаб коидаларига риоя қилмасликлари, ўқитувчи берган материалларни яхши тушунмасликлари уларни ўқув фаолиятларига салбий таъсир кўрсатади. Уларни асаб фаолиятлари кучсизлиги натижасида иш қобилиятлари пасайиб бориши кузатилади.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Блинова Л. Н. «Диагностика и коррекция в образовании детей с ЗПР» Москва 2005 год «Издательство НЦ ЭНАС».
2. Игнатъева, С.А.Блинков Ю.Б. «Логопедическая реабилитация детей с отклонениями в развитии» Москва «Владос» 2004.
3. Муминова Л.Р. «Логопедия» Тошкент 2006 «Фан ва технологиялар маркази».

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОЛОГО- ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА БАЗЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ №4 ИМ. П.Б. ГАННУШКИНА г. МОСКВЫ

Пышкина Н.В., Палин А.В.

Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения
Психиатрическая Клиническая Больница №4 имени
П.Б. Ганнушкина Департамента
Здравоохранения г. Москвы
г. Москва, Российская Федерация
nadezhdapyshkina@gmail.com,
pavel.palin@yandex.ru

Психиатрическая реабилитация сегодня – это быстро меняющаяся и активно развивающаяся область. Вопрос о соотношении реабилитации с организационной структурой психиатрической службы в настоящее время приобретает особую важность (А.В. Палин и др., 2015). Лица, страдающие психическими расстройствами, как социальная категория людей находятся в окружении здоровых по сравнению с ними и нуждаются в большей степени в социальной защите, психосоциальной реабилитации, помощи, поддержке. Пациентам необходима персонализированная помощь, которая могла бы улучшать качество их жизни, помогала бы повышать уровень социально-личностного функционирования, могла стимулировать и активизировать и предупреждала явления госпитализма. Известно, что для полноценной, активной жизни психически больных необходимо вовлечение их в общественно-полезную деятельность, развитие и поддержание связей со здоровым окружением, государственными учреждениями различного профиля, общественными организациями и управленческими структурами.

В связи этим, на базе Психиатрической клинической больницы №4 им. П.Б. Ганнушкина (далее-ГБУЗ ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина ДЗМ) в течение пяти лет функционирует Центр психолого-психотерапевтической помощи (далее-ЦППП). Штат отделения представлен следующими специалистами: заведующий отделением, врачи-психотерапевты, медицинские психологи, медицинские

сестры, инструкторы по трудовой терапии, кастелянша, культорганизатор, старшая сестра и уборщики. Центр психолого-психотерапевтической помощи пронизывает все звенья организации психиатрической помощи (стационар, полустационар), а также прикрепленные филиалы (ПНД 3, ПНД 4, ПНД 5, ПНД 7, ПНД 8, ПНД 9, ПНД 16, ПНД 17, ПНД 19). Это позволяет реализовать принцип преемственности реабилитационных усилий, дает возможность ротации кадров и поддержки всех подразделений кадрами и разными видами психосоциальной терапии и реабилитации.

Целью ЦППП является оказание психологической и психотерапевтической помощи при комплексном лечении пациентов в ГБУЗ ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина ДЗМ. Задачи ЦППП: проведение экспериментально-психологической, нейропсихологической и клинической диагностики пациентов с психическими расстройствами; психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация пациентов на стационарном и амбулаторном этапах оказания психиатрической помощи; разработка, оптимизация и внедрение в клиническую практику современных психотерапевтических и психореабилитационных программ.

В ходе оказания помощи активно практикуется полипрофессиональный бригадный подход (далее-ППБ), предполагающий постоянное взаимодействие и совместную работу специалистов: врача-психиатра, врача-психотерапевта, медицинского психолога, специалиста по социальной работе, а также, старшей медицинской сестры отделения. Полипрофессиональная бригада проводится не реже 1 раза в неделю среди пациентов, поступивших в отделение за указанный период. Задачами ППБ является: оценка реабилитационного потенциала пациента, уровня мотивации к лечению и психореабилитационным мероприятиям, наличие ограничений или противопоказаний к реабилитационным мероприятиям (актуальные психотические расстройства с неупорядоченным поведением, актуальные агрессивные и аутоагрессивные тенденции, высокая вероятность импульсивных действий, выраженная загруженность болезненными переживаниями, значительное снижение контакта с окружающими и враждебность). Эти данные помогают определить необходимую психосоциальную реабилитацию и сроки ее проведения. На консилиуме анализируется история болезни и проводится клиническая беседа с пациентом. Во время консилиума

могут быть выявлены социальные проблемы пациента, к работе с которыми подключается специалист по социальной работе. В конце обсуждения принимается решение о дальнейшей маршрутизации пациента после выписки (выписка в полустационар или ПНД).

Пациенты по решению полипрофессиональной бригады направляются для работы со специалистами ЦППП для проведения групповых и индивидуальных программ психосоциальной терапии и реабилитации. Решение о возможности начала реабилитационных мероприятий в период лечения в стационаре принимает лечащий врач-психиатр по согласованию с заведующим отделением. Все сведения о проводимой с пациентом специалистами ЦППП работе вносятся в заключение о реабилитации, являющийся составной частью медицинской карты стационарного больного, полустационарных подразделений, или амбулаторной карты пациентов, а также, отражаются в выписном эпикризе. Деятельность специалистов ЦППП строится таким образом, чтобы обеспечить максимально полный охват пациентов, проходящих лечение, психотерапевтической, психологической и психосоциальной помощью, мероприятиями психосоциальной реабилитации и терапией трудовой занятостью.

В настоящее время медицинские психологи ЦППП осуществляют все виды психологической и психореабилитационной работы по сопровождению лечебного процесса: экспериментально-психологическое обследование, психокоррекционную и социально-реабилитационную работу в групповой и индивидуальной форме. За 2022 год клиническими психологами стационара проведено 8570 консультаций. Врачи-психотерапевты - проводят тренинги групповой работы, осуществляют работу с родственниками пациентов в рамках психообразования и семейной терапии, ведут индивидуальную психотерапию. Медицинские психологи и врачи-психотерапевты центра также оказывают помощь, направленную на когнитивную коррекцию и восстановление пациентов пожилого возраста в условиях современного амбулаторного подразделения «Клиника памяти».

Помимо общепсихиатрических отделений, в зависимости от специфики заболевания пациента, на базе ГБУЗ ПКБ №4 им. П.Б. Ганнушкина ДЗМ функционируют: клиника первого психотического эпизода, клиника аффективных состояний и суицидального поведения, клиника коморбидных и фармакорезистентных состояний, а

также, клиника пограничных состояний. Пациенты клиник нуждаются в более пристальном внимании и активной работе со стороны специалистов ЦППП. Особое место выделяется проведению тренинга “Психообразование”, что является наиболее важным психотерапевтическим воздействием на пациентов. За 2022 год в стационаре тренинг посетили 4180 пациентов. Активно проводятся тренинг “Когнитивных навыков” в рамках когнитивно-поведенческой терапии для пациентов с первым эпизодом, а также, мотивационный тренинг. С недавнего времени, в условиях госпитализации в стационар запущен тренинг “Эмоциональной регуляции и стрессоустойчивости” для пациентов с расстройством личности и для пациентов с выраженной эмоциональной дисрегуляцией. Стоит отметить, что у вышеуказанных пациентов после выписки пользуется популярностью тренинг диалекто-поведенческой терапии (DBT тренинг), который проводит команда психологов - DBT терапевтов ГБУЗ ПКБ №4 им. П.Б. Ганнушкина ДЗМ, имеющих специальную подготовку в диалекто-поведенческой терапии. В качестве дополнительной психореабилитации в клиниках проводятся тренинги по арт-терапии, музыкотерапии и кинотерапии.

Не остаются без внимания и пациенты, длительно страдающие психическими расстройствами. С такими пациентами специалисты ЦППП проводят “Тренинг когнитивных и социальных навыков” (ТКСН), а для пациентов, у которых отмечается когнитивное снижение и снижение социальной адаптации, медицинские сестры центра проводят “Тренинг бытовых навыков” (ТБН).

Неотъемлемой частью реабилитации, на этапе достижения стабильного психического состояния, является посещение досуговых занятий, где инструкторы по трудовой терапии проводят мастер-классы по рисованию, вышиванию, вязанию, лепке и пр. Проводится спортивная реабилитация и реабилитация в творческих студиях. Пациенты имеют возможность играть в настольный теннис, настольный хоккей и футбол, настольные игры. В филиалах стационара, в амбулаторной сети, также активно функционируют театральные студии.

Важную роль в реабилитации пациентов после выписки, а также, повышении пациентами приверженности терапии, играет участие в лечебном процессе родственников пациентов. В связи с этим, много лет специалистами ЦППП успешно проводится Школа

родственников, а с 2023 года, специалистами центра организована особая группа для родственников пациентов с первым эпизодом болезни, которая проводится в онлайн формате.

Долгие годы, в рамках тренингов, активно развивается такой тип реабилитации, как когнитивный стиль движения в виде тренинга “Пластический театр”, что способствует освоению навыков релаксации, снижению социальной тревожности и развитию телесной осознанности.

С 2019 года функционирует проект “Гармонизация жизни”, который направлен на комплексную социально-трудоустройственную реабилитацию. Проект в рамках тренинга занятости и трудоустройства помогает пациентам с трудоустройством после выписки, освоению новых профессий и умений.

Отдельным направлением работы специалистов центра являются психопросветительские проекты, направленные на снижение стигматизации психолого-психотерапевтической помощи, снижение стресса среди молодежи, профилактике депрессии и тревожных расстройств, пропаганде здорового образа жизни среди населения города Москвы - «Сказать не могу молчать», «Только без паники», «Pro ЗОЖ» и “Антистресс”. Медицинские психологи и врачи-психотерапевты проводят бесплатные консультации, лекции и интерактивы, мастер-классы для школьников, студентов, пенсионеров и всех желающих получить помощь и повысить информированность о ментальном здоровье. За 2022 год специалистами ЦППП проведено 63 мероприятия, в которых участвовало 3200 человек. Проекты проводятся на площадках библиотек, культурных центров, префектур, школ, ВУЗов, а также, онлайн-канале в социальных сетях.

ЦППП продолжает двигаться в направлении развития реабилитации, базирующейся на доказательной медицине, с использованием преимущественно групповых методов определенной направленности воздействия. Комбинирование различных психосоциальных вмешательств, на фоне медикаментозной терапии, позволяет снизить стигматизацию, а также, повысить мотивацию к дальнейшему лечению у пациентов и улучшить их качество жизни.

PARANOID SHIZOFRENIYALI BEMORLARDA NEGATIV SIMPTOMATIKANING ETNOMADANIY XUSUSIYATLARINING SOLISHTIRMA BAHOSI

**Palvanov R. O.,
Sharipova F. K.**

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali,
Urganch, O'zbekiston
ravshanpolvanov@gmail.com
faridasharipova3005@gmail.com

Kirish: Paranoid shizofreniya bilan og'riqan bemorlar negativ buzilishlari turli xilliligi taqdim etilgan bo'lib, yetishmovchilik belgilarining yakuniy profilini aniqlaydigan ko'plab dastlabki determinantlar mavjud. Agar biologik, konstitutsiyaviy va ijtimoiy omillarning negativ negativ simptomlarni namoyon bo'lishiga ta'siriga juda ko'p tadqiqotlar bag'ishlangan bo'lsa, etnomadaniy omillar yaqin vaqtgacha soyada bo'lib kelgan. Ushbu masala bo'yicha olib borilayotgan tadqiqotlarda negativ simptomlarning turli xil tomonlarini o'rganishda katta ahamiyat kasb etadi.

Tadqiqot maqsadi: Etnomadaniy xususiyatlarni hisobga olgan holda negativ simptomlar xususiyatlarini aniqlash va adaptatsiya asosiy turlarini aniqlash.

Tadqiqot materiallari va usullari: Tadqiqotda XKT-10 bo'yicha tasdiqlangan paranoid shizofreniya (F-20.xx) tashxisi bo'lgan 72 bemorni tekshirdik, kasallikning o'rtacha davomiyligi $12 \pm 3,2$ yil. Tadqiqot uchun tanlab olingan bemorlarning o'rtacha yoshi $45,22 \pm 11,39$ yil ($p < 0,05$), minimal yosh - 23 yosh, maksimal - 49 yosh. Tekshiriluvchilar biologik va ijtimoiy omillar bo'yicha taqqoslanadigan paranoid shizofreniya tashxisi bor bemorlar ikkita guruhga ajratildi, shundan 37 nafari Orolbo'yi viloyatlaridan kelgan va Toshkent shahridan esa 35 nafar bemor. Turli xil psixometrik o'lchovlarning o'ziga xos xususiyati va ularning yetarli darajada haqiqiyliigi va moslashuvchanligi bilan bog'liq noto'g'ri va qarama - qarshi ma'lumotlarning oldini olish uchun so'rovda qatnashgan kuzatuvchilarda negativ buzilishlarni baholashda PANSS- The Positive and Negative Syndrome Scale (Stanley Kay, Lewis Opler, and Abraham Fiszbein) shkalasi yordamida amalga oshirildi. PANSS klinik shkalasi pozitiv va negativ psixopatologik sindromlarni miqdoriy va strukturaviy

baholash uchun mo'ljallangan T. Crow (1980) va Nensi Andreasen (1982). Shkala klinik suhbat va boshqa axborot manbalari asosida baholanadigan 33 ta punktdan (simptomdan) tuzilgan. Simptomning har biri 7 balli tizimda baholanadi. Har bir simptom va uning darajalari uchun to'liq ta'rif va uni aniqlash bo'yicha aniq ko'rsatmalar berilgan. PANSS shkalasi birinchi navbatda T. Crow (1980) va N. Andreasen, S. Olsen (1982) tomonidan ilgari surilgan bo'lib shizofreniya kasalligida ijobiy va salbiy xususiyatlarini to'g'ri baholashga xizmat qilganligi sababli, yettita simptom pozitiv simptom shkalasiga birlashtirilgan va "oddiy" ruhiy holatga ortiqcha bo'lgan belgilarni baxolagan, qolgan yettita simptom negativ simptom shkalasini birlashtirib "normal" ruhiy holat uchun etarli bo'lmagan belgilarni baxolagan. Kompozit indeksi pozitiv va negativ simptom ballari miqdori orasidagi farq bitta sindromning boshqasidan ustunlik darajasini belgilaydi. Shkala shizofreniyaning psixopatologik belgilarining turli vektorlarini standartlashtirilgan baholash, bemorning klinik holatini aniqlash va terapiya paytida holat dinamikasini kuzatish imkonini beradi. Shkala negativ simptomatologiyaning og'irligini negativ simptom shkalasi bo'yicha aniqlashga imkon beradi.

Tadqiqot natijalari: PANSS psixometrik shkalasidan foydalangan holda paranoid shizofreniya bilan og'rikan bemorlarning o'lchovli xususiyatlari natijalari har ikkala guruhdagi psixometrik ko'rsatkichlari sezilarli darajada farq qiladi. Negativ simptomlarni tahlil qilish natijalari shuni ko'rsatdiki, Orolbo'yi guruhidagi bemorlarda " Hissiy to'nglik ", " Emotsional chegaralanish" va "Hissiy aloqalarning qashshoqligi " kabi ko'rsatkichlar sezilarli darajada ifodalangan va mos ravishda 53,6% , 39,3% va 44% uchun 5,4 va 6 ball bo'lgan, PANSS shkalasi bo'yicha bu yuqori ko'rsatkichlardir. Asosiy guruhdagi bemorlarda "passiv-apatik sotsial chegaralanish" ning og'irligi yuqori koeffitsiyent 5 ball bilan ifodalangan va ushbu guruhdagi kuzatiluvchining 54,8% uchun tegishli bo'lgan, Toshkent shahridagi bemorlarda esa 59,6% kuzatiluvchida bu ko'rsatkich 2 ball tashkil etdi. Nazorat guruhidagi bemorlarning 77,1% da "abstrakt fikrlash" buzilishi Orolbo'yi mintaqalariga qaraganda ancha yuqori bo'lgan. Qolgan parametrlar sezilarli darajada farq qilmadi.

Shuni ta'kidlash kerakki, H1, H2, H3, H4 ko'rsatkichlari bemorlarning ijtimoiy moslashuvini tavsiflaydi va kognitiv faoliyatning ajralmas qismi bo'lgan bemorlarning ijtimoiy intellektini aks ettiradi. Negativ simptomlarning umumiy zo'ravonligini baholash diqqatga sazovordir. Asosiy guruh bemorlarida $26,48 \pm 4,41$ ballni tashkil etgan bo'lsa, nazorat

guruhida bu ko'rsatkich $17,33 \pm 2,17$ ball darajasida. Simptomlardagi kamchiliklarni klinik tahlili quyidagi alomatlarni aniqladi: hissiy izolyatsiya hayotiy voqealarga qiziqishning yetishmasligi, ularda ishtirok etish va ularga hissiy jalb qilish hissi bilan namoyon bo'ladi. Og'irlik darajasi tibbiyot xodimlari va qarindoshlaridan olingan ma'lumotlarga, shuningdek suhbat davomida bemorning xatti-harakatlarini kuzatish asosida baholanadi.

Passiv-apatik ijtimoiy izolyatsiya passivlik, befarqlik, energiya va irodali impulslarning yo'qolishi tufayli ijtimoiy munosabatlarga qiziqish va tashabbusning pasayishi bilan namoyon bo'ladi, bu esa muloqotchanlikning pasayishiga va kundalik faoliyatga e'tibor bermaslikka olib keladi.

Mavhum fikrlashning buzilishi mavhum-ramziy fikrlashning buzilishi bilan belgilanadi, tasniflash va umumlashtirish qiyinligi, shuningdek, muammolarni hal qilishning o'ziga xos yoki egosentrik usullaridan uzoqlasha olmaslikda namoyon bo'ladi. Ijtimoiy faoliyat va hayot sifatini belgilovchi parametrlar hozirgi vaqtda inson farovonligining eng universal ko'rsatkichlari hisoblanadi, salbiy alomatlar paranoid shizofreniya bilan og'rikan bemorlarni qayta ijtimoiylashtirishda hal qiluvchi ahamiyatga ega.

Shizofreniya bilan og'rikan bemorlarda remissiya davrida adaptiv mexanizmlarni o'rganishda E.D. Krasik va G.V. Logvinovich (1991) klinik va ijtimoiy moslashuv darajalarini tavsiflagan: integrativ, buzg'unchi, ekstravert va introvert. Integral moslashuv turiga ega bemorlar guruhi Toshkent guruhidagi bemorlarning 39% ni tashkil qiladi. Ushbu guruh pozitiv simptomlar nisbatan ustun bo'lgan bemorlardan iborat edi. Orolbo'yi guruhidagi bemorlarning 43% destruktiv turdagi moslashuvga ega bemorlar guruhi.

Bemorlarning ushbu guruhi uchun xarakterli xususiyat salbiy buzilishlarning yuqori darajadagi zo'ravonligi, qoldiq psixoproduktiv simptomlarning mavjudligi, o'tmishdagi psixozni tanqid qilmasdan, kasallikning tez-tez kuchayishi, remissiyalarning past sifati va ijtimoiy faoliyatning past darajasi edi.

Xulosa: Shunday qilib, taqdim etilgan ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, psixometrik ko'rsatkichlarni o'lchovli tahlil qilishda turli etnomadaniy xususiyatlarga ega bemorlar bir-biridan sezilarli darajada farq qiladi. Toshkent shahridagi bemorlar guruhida integrativ adaptatsiya turi

ustunlik qildi, Oral shahridagi bemorlar guruhi uchun destruktiv adaptatsiya turi ko‘p darajada xos bo‘ldi.

САМАРҚАНД ВИЛОЯТИДА СУД НАРКОЛОГИК ЭКСПЕРТИЗАЛАР НАТИЖАСИДА АНИҚЛАНГАН ГИЁХВАНДЛИК НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА КЎРСАТКИЧЛАР

**Рахимов З.
Эшанкулов Р.**

Республика ихтисослаштирилган наркология
илмий-амалий тиббиёт марказининг
Самарқанд вилояти минтақавий филиали

Кириш: Кейинги йилларда мамлакатимизда етиштирилиши тақиқланган ўсимликларни ўстириш ҳолларининг кўпайганлиги, таркибида наркотик моддалар мавжуд бўлган экин майдонларининг кенгайганлиги кузатилмоқда. Катта миқдордаги наркотикларни, шу жумладан уларнинг Ўзбекистон Республикаси ҳудуди орқали олиб ўтишга мўлжалланганларини фош этиш ҳоллари ортмоқда. Хусусан Самарқанд вилоятида 2022 йил давомида 611 та судга оид наркологик экспертизалар ўтказилиб, ушбу экспертизалар гиёвандлик воситалари ёки психотроп моддалар билан қонунга хилоф равишда муомала қилишдан иборат жиноятлар ва улар учун жавобгарлик белгиланган шахсларга нисбатан ўтказилади. Ушбу экспертизалар ҳулосалари ўрганилганда гиёхвандлик билан касалланишга доир жорий вазиятни янада тўлақонли, ҳаққоний баҳолаш бўйича ҳолатлар таҳлил этилди.

Мазкур тадқиқотнинг долзарблиги: Гиёхвандлик воситалари ёки психотроп моддалар билан қонунга хилоф равишда муомала қилиш инсон соғлиғи ва хавфсизлигига жиддий таҳдид солади, Республикадаги криминоген вазиятга, жамиятнинг иқтисодий ва маданий негизига салбий таъсир кўрсатади, кўпинча уюшган жиноятчилик билан узвий боғлиқ бўлади. Айниқса, бу жиноятларнинг вояга етмаганлар орасида тарқалганлиги катта хавф туғдиради. Гиёхвандлик оқибатида кўплаб оғир жиноятлар содир этилмоқда, оилалар барбод бўлмоқда. Рўйхатга олинган гиёхвандлар сони ортмоқда.

Мақсади: Самарқанд вилоятида ўтказилган судга оид наркологик экспертизалар хулосаларини таҳлил қилиб, вилоят бўйича гиёҳвандлик аниқланган нозологияси бўйича ҳолатларни таҳлил этиш.

Натижалар ва уларнинг муҳокамаси. Самарқанд вилоятида гиёҳвандлик билан зарарланганлик динамикасининг таҳлили шуни кўрсатадики, 2022 мобайнида филиалда ўтказилган судга оид наркологик экспертизалар сони 611 та бўлиб, шундан 174 нафар фуқароларда гиёҳвандлик аниқланган. Қуйидаги жадвалда аниқланган гиёҳвандликнинг нозология бўйича тақсимооти кўрсатилган:

Каннабиноидли гиёҳвандлик	Асоратланган гиёҳвандлик	Опийли гиёҳвандлик	Заҳарвандлик	Жами:
66	22	84	2	174

Хулоса: Вилоят бўйича 2022 йил давомида аниқланган гиёҳвандлик орасида 84 (48%)ни опийли гиёҳвандлик, 66 (38%) каннабиноидли гиёҳвандлик, 22 (13%) асоратланган гиёҳвандлик ва 2 (1.1%)ни заҳарвандлик ташкил этганлиги кўриниб турибди. Бу ҳолат шуни кўрсатадики, инсон ҳуқуқлари бўйича халқаро мажбуриятларга мувофиқ далилларга асосланган самарали даволаш услубларини қўллаш ва халқаро ҳамжамият билан биргаликда курашиш зарурлигини англайди.

OG‘IR NUTQ BUZILISHLARI BO‘LGAN BOLALARNING PSIXOFIZIOLOGIK XUSUSIYATLARI

**Raxmatullayev A.,
Xasanova Yo. M.**

Nizomiy nomidagi TDPU

“Maxsus pedagogikaning klinik asoslari”

kafedrasi o‘qituvchisi

Surdopedagogika yo‘nalishi 404 guruh talabasi

Og‘ir nutq buzilishlari turlicha, ko‘rinishda shaxsning hissiy-irodaviy sohasini va bilish jarayonlarini buzilishida, shaxslararo munosabatlarda o‘z aksini topadi. ONB bo‘lgan barcha bolalarning barchasida idrok etishning buzilishi qayd etiladi. Analizatorlarning qaysi

biri yetakchi ekanligiga qarab, idrokning vizual, eshitish, taktil va boshqa turlari ajratiladi, ularning buzilishi nutq buzilishining shakliga qarab o'ziga xos xususiyatlarga ega. Shunday qilib, rinolaliyadagi nutq-motor analizatori funksiyasining buzilishi fonemalarning eshitish idrokiga salbiy ta'sir qiladi, bu esa fonemik eshitishning buzilishida namoyon bo'ladi. Bundan tashqari, eshitish o'tkirligining pasayishi kuzatiladi, organizmning tez-tez otit bilan kasallanishi bunga sabab bo'lib, bu boshqa omillar bilan birga nutqning boshqa tarkibiy qismlarining shakllanishiga ta'sir qiladi, bu esa ONBga olib keladi. Tilning fonematik tizimining shakllanmaganligi, ONB-savodli o'qish va yozishni o'zlashtirishdagi asosiy to'siqdir. Dizatriyadagi eshitish idrokining buzilishi rinolaliyaga qaraganda ko'proq turli xil ko'rinishlar bilan tavsiflanadi.

Fonemik eshitishning buzilishi va eshitish o'tkirligining pasayishi bilan bir qatorda, ba'zi hollarda tovush ta'sirlovchilarga nisbatan sezgirlikning kuchayishi ham kuzatiladi. Eshitish idrokining eng qo'pol buzilishi sensor alaliya bilan kuzatiladi. Ba'zi hollarda bola boshqalarning nutqini umuman tushunmaydi, hatto o'ziga qaratilgan murojatga nisbatan ham javob bermaydi, nutq tovushlarini, nutq xarakterida bo'lmagan shovqinlarni farqlay olmaydi. Boshqa hollarda, u kundalik so'zlarni tushunadi, lekin ularni mantiqiy tushunishini yo'qotadi. Yana boshqalari esa talab qilinadigan oddiy vazifani nisbatan oson bajaradi, lekin shu bilan birga ular aniq vaziyatdan tashqarida tavsiflovchi so'zlarni tushunmaydilar, ya'ni iboraning umumiy ma'nosi ajratilgan so'zlarga qaraganda osonroq idrok etiladi. Bir qarashda, motor alaliyasi bo'lgan bolalarda eshitish idrokining qo'pol buzilishi yo'q. Biroq, chuqurroq tekshirish ularning ko'pchiligida tarqoq fonematik tasvirlarni, eshitish idrokining noaniqligi, so'zdagi tovush va bo'g'inlarni anglay olmasligi, unga qaratilgan nutqni idrok eta olmasligiga, gapning grammatik shaklini va ma'nosini tushunishda qiyinchilikka olib keladi.

Ko'pincha, bolalar fonematik idrok etishning noaniqligi tufayli faqat iboraning alohida elementlarinigina eshitadilar va ularni bir butun holatda bog'lay olmaydilar. Bunday tushunishning cheklanganligi — o'z nutqining rivojlanmaganligi natijasidir. Bolalarni o'qish va yozishga o'rgatishning zaruriy sharti — ko'ruv idrokning rivojlanishidir. Ular uchun harflar gnozising buzilishi odatiy hol bo'lib, nuqta chiziq bilan tasvirlangan o'xshash grafik harflarni tanib olish qiyinligida, ularni joyiga qo'yishda, shovqin va boshqa holatlarda namoyon bo'ladi. Ko'ruv

idrokining yetishmasligi, semantik nutq rivojlanishini orqada qolishga olib keladi, bu esa optik alaliyali bolalarda uchraydi. Ular atrof-muhit haqidagi tasavvurlarning o'ta qashshoqligi, so'zlarni tushunishning sekin rivojlanishi bilan ajralib turadi, bu emotsional alaliyaga qaraganda butunlay boshqacha tabiatga ega. ONBli bolalarda ko'rishning idrok etilishi, vizual obyekt tasvirlari rivojlanishidagi kechikish ko'pincha fazoviy tasavvurlarning buzilishi bilan birga kuzatiladi. Xususan, dizartriya bilan og'rikan bolalar o'ngda, chapda tushunchalarni farqlashda qiynaladilar, ular ko'p fazoviy tushunchalarni deyarli o'rganmaydilar — oldida, orqasida, o'rtasida, bir qismdan bir butunni yig'a olmaydilar va hokazo. ONB bo'lgan ba'zi bolalarda vaqtinchalik tasavvurlarning rivojlanmaganligi, ulardagi so'zlashuvning buzilishi, shuningdek, vaqtni subyektiv his qilishning yetishmasligi og'zaki nutqning rivojlanishiga salbiy ta'sir qiladi.

ONB bilan birga keladigan muhim belgi bu xotira buzilishidir. Xotira buzilishining tarkibi nutq buzilishining shakliga bog'liq. Shunday qilib, rinolaliyali bolalarda vizual xotira eshitishdan ko'ra yaxshiroq rivojlangan. Biroq, me'yorda gapiruvchilarga nisbatan solishtirganda, ular so'zlarni va narsalarni eslab qolishi qiyin bo'ladi, chunki ularda mantiqiy esda saqlash sezilarli darajada past bo'ladi. Dizartriya bilan og'rikan bolalarda ba'zan vizual xotira eshituv xotirasiga nisbatan past bo'ladi, bu esa ulardagi ko'ruv idrokining buzilishi hamda fazoviy tasavvurlarning sustligi bilan xarakterlanadi. Bu, ayniqsa, bir qator geometrik shakllarni yodlashda yaqqol ko'rinadi. Shuni ta'kidlash kerakki, xotiraning pasayish darajasi, ayniqsa eshituv xotirasi, nutq rivojlanish darajasining pasayishi bilan kamayadi. Xususan, qisqa muddatli va uzoq muddatli xotira hajmining juda past ko'rsatkichlari motor alaliyali bolalarda kuzatiladi. Alaliya bilan og'rikan bolalarda so'zlarni esda saqlab qolish, obrazlarni esda saqlashdan ko'ra ancha qiyin. Umuman olganda, normal gapira oladigan bolalar bilan og'ir nutq buzilishi (ONB) bo'lgan bolalar solishtirganda, ONB bolalarda xotiraning barcha turlari (eshituv, vizual, taktil-kinestetik) pasaygan bo'ladi. Faoliyat tarkibining buzilishi nafaqat mnestik faoliyatning pasayishiga, balki diqqatning o'ziga xos xususiyatlariga ham bog'liqdir.

Alaliyali bolalarda so'z harakatlari bilan amaliy harakatlar o'rtasida diqqatning to'g'ri taqsimlanishi qiyinlashadi, bu esa faoliyatning shakllanishiga yoki uning buzilishiga olib keladi. Bolalardagi og'ir nutq

buzilishlari oliy nerv faoliyatiga, tafakkur xususiyatlariga ta'sir qilib, normada rivojlanishiga to'sqinlik qiladi.

Dizartriya bilan og'riq bolalar kontingenti aqliy faoliyat darajasi jihatidan juda xilma-xildir. Ayrimlari normal rivojlanayotgan tengdoshlariga yaqin bo'lsa, boshqalari ya'ni ko'pchiligi bilish jarayonining sustligi, topshiriqlarga nisbatan qiziqishning yo'qligi va ruhiyatning yetarlicha kuchga ega emasligi bilan farq qiladi. Nutqning motor va sensor buzilishlari oqibatida ko'rgazmali-harakat, ko'rgazmali-obraz va mantiqiy nutq yetarlicha rivojlanmaydi, og'zaki va mantiqiy fikrlashning shakllanishi kechikadi, bu obyektlar o'rtasidagi o'xshashlik va farqlarni o'rnatishdagi qiyinchiliklarda, ko'plab umumlashtiruvchi tushunchalarning shakllanmasligida, obyektlarni muhim belgilariga ko'ra ajratishda qiyinchiliklar paydo qiladi. Aqliy qobiliyatning pastligi qisman sereb-rostenik sindrom bilan bog'liq bo'lib, intellektual vazifalarni bajarishda tez charchab qolish bilan tavsiflanadi, buning natijasida yodlash va diqqatni jamlash qobiliyati kamayadi. Shunday qilib, dizartriya bilan og'riq bolalarda mantiqiy fikrlashning asosiy elementlari ko'pincha shakllanmaydi, bu hissiy-irodaviy yetuklik sust bo'ladi hamda o'ziga xos aqliy-ruhiy rivojlanishdan orqada qolishga olib keladi.

Alaliya bilan og'riq bolalarda kognitiv faollik o'ziga xos tarzda shakllanadi. Fikrlash jarayonlarining birlamchi xususiyati shundaki — nutq faoliyati bilan chambarchas bog'liq bo'lgan kognitiv faoliyatning notekis rivojlanishi hamda so'zlarni tushunishda bo'lgan qiyinchiliklar bilan bog'liqdir. Ikkinchi xususiyat — fikrlash dinamikasining yetarli emasligi, fikrlash jarayonlarining tezligini sekinlashtirishi, ularning inersiyasi bilan bog'liqligidir. Shunday qilib, alaliya bilan og'riq barcha bolalar uchun og'zaki nutqda verbal tafakkur, mantiqiy, abstrakt fikrlash hamda xulosa chiqarish pasayadi. Bundan tashqari, bu bolalarda intellektual faoliyatning buzilishlari, maqsadli, ixtiyoriy harakatlarning hamda faollikning yetishmasligi ko'rinishida namoyon bo'ladi. Tasavvur, o'ziga va boshqa odamlarga bo'lgan munosabatni ifodalovchi shaxsiy xususiyatlarni shakllantirishning ajralmas sharti bo'lib, nutq bilan chambarchas bog'liqdir. Nutqning rivojlanishidagi kechikish, tasavvurning rivojlanishidagi kechikishni anglatadi. ONB bo'lgan bolalar uchun harakatchanlik yetishmasligi, inertlik va tasavvur jarayonlarining tez holdan ketishi bilan xarakterlanadi. Nutqi rivojlanganlarga nisbatan ONB bo'lgan bolalarning verbal va noverbal ijodiy tasavvurlarini solishtirib ko'rganimizda, barcha ko'rsatkichlar ONB bo'lgan bolalarda past

chiqqanligi aniqlandi. Ogʻzaki ijodiy tasavvurning xususiyatlarini oʻrganishda ONB boʻlgan bolalarda nutqi rivojlangan bolalarga nisbatan ancha kambagʻal ekanligi aniqlandi. Xususan, ONB boʻlgan bolalarning deyarli yarmi ertakning oxiriga yetkaza olishmadi, nazorat guruhidagi barcha bolalar topshiriqni bajardilar. ONB boʻlgan bolalarda soʻz boyligining kamligi, ertakda yangi personajlarni oʻylab topa olmaslik, yaratuvchanlik, ijodkorlik yetishmasligi aniqlandi. Ayniqsa, rasm chizishda, ranglarning kamligi, tasvirning noaniqligi hamda bir xil ranglardan foydalanganligi aniqlandi. ONB boʻlgan bolalardagi gʻoyalar va tasavvurlar koʻpincha yorqinlik, ravshanlik, mantiqiy ishonchlilik, nozik semantik nyuanslarga ega emasligidan kelib chiqadi.

ONB shaxsning shakllanishiga salbiy taʼsir qiladi, hissiy-irodaviy sohaning oʻziga xos xususiyatlarini keltirib chiqaradi. Rinolaliya bilan ogʻrigan bolalarda nutqning buzilishi uyatchanlik, qatʼiyatsizlik, yolgʻizlik, negativizm, muloqotdan voz kechish va oʻzini past his qilish kabi negativ shaxsiy xususiyatlarni rivojlanishiga sabab boʻladi. Dizartriya boʻlgan bolalarda hissiy-irodaviy buzilishlar hissiy qoʻzgʻaluvchanlikning kuchayishi va asab tizimining charchashi shaklida namoyon boʻladi. Baʼzilar taʼsirchanlikka, asabiylashishga, bezovtalikka moyillik boʻlib, koʻpincha qoʻpollik, itoatsizlik koʻrinishida namoyon boʻladi, boshqalarida esa qotib qolish, qoʻrqish, qiyinchiliklardan qochish va yangi muxitga moslashishning qiyinlashishi kuzatiladi. Aksariyat bolalarda tashabbussizlik, boshqalarga qaramlik holati kuzatilsa, baʼzilar esa masofa saqlash hissiga ega boʻlishmaydi. Xarakterologik va patoxarakterologik reaksiyalar norozilik, rad etish xarakteriga ega. Oʻziga ishonchi yoʻq, taʼsirchan, ular koʻpincha oddiy gapiradigan tengdoshlari davrasida yaxshi munosabatda boʻlmaydilar, ular oʻzlariga chekinadilar. Motor alaliyasi boʻlgan bolalar hissiy-irodaviy sohaning xususiyatlari jihatidan juda xilma-xildir. Koʻpincha ular tormozlanishning kuchayishi, faollikning pasayishi, oʻz-oʻzidan shubhalanish, oʻzini nutqiga boʻlgan salbiy negativizm bilan xarakterlanadi. Juda kam bolalarda qoʻzgʻaluvchanlik yuqori boʻlishi mumkin. Ularda giperaktivlik (har doim ham samarali emas), asabiylashish, kayfiyatning oʻzgaruvchanligi, oʻzidagi nutq buzilishiga nisbatan xavotirlanishning yetishmasligi mavjud.

Hissiy-irodaviy sohadagi buzilishlar ONB boʻlgan bolalarda ularning ish faoliyatini yomonlashtiradi, bu ularning bilim sifatiga salbiy taʼsir qiladi. Xulosa qilib shuni taʼkidlash kerakki, ONB boʻlgan bolalar nutqini tuzatish uzoq va murakkab jarayon boʻlsada, shunga qaramay,

logopedik mashg'ulotlar natijasida bolalarda tilni tushunish, nutq vositalarini o'zlashtirish asta-sekin rivojlanib boradi va buning asosida bolalarda so'z boyligining ko'payishiga va erkin muloqot qilish jarayonining mustaqil rivojlanishiga erishiladi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Аюрова М.Ү. Logopediya. –Т.: O‘zbekiston faylasuflar milliy jamiyati nashriyoti. 2013, 658 b.

2. Вартапетова Г.М. Обучение детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзии. Программа коррекционной работы. Новосибирск.

3. Психологические особенности детей с тяжелыми нарушениями речи (ТНР) [электронный ресурс]: https://sch514u.mskobr.ru/doc_edu/здание_4/образование/логопедическая_служба/психологические_особенности_детей_с_тяжелыми_нарушениями_речи_тнр/

4. Заваденко Н. Н. Нарушения развития речи у детей и их коррекция [Электронный ресурс]. -- Режим доступа: <https://www.lvrach.ru/2006/05/4533858/>. – Дата доступа: 05.05.2020.

АСПЕКТЫ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ, СОЧЕТАННОЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ

Рогов А.В.

Ташкентский педиатрический
медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан
rav1985@mail.ru

Актуальность. Параметры, определяющие социальное функционирование и качество жизни в настоящее время рассматриваются как наиболее универсальные показатели благополучия индивидуума, уровня его адаптации и гармонии с окружающей средой (Демчева Н.К., 2006), а повышение адаптационного потенциала больных шизофренией становится одной из важнейших составляющих реабилитационного процесса (Семке А.В., Мальцева Ю.Л., 2009). При исследовании адаптационных механизмов в период ремиссии у

больных шизофренией Е.Д. Красиком и Г.В. Логвинович (1991) были описаны уровни клинической и социальной адаптации: интегративный, деструктивный, экстравертный и интравертный.

Цель работы: Изучить особенности социальной адаптации и качества жизни пациентов с параноидной шизофренией, сочетанной с хроническими вирусными гепатитами.

Материал и методы исследования: В основную группу было включено 62 пациента, поступивших в Городскую клиническую психиатрическую больницу г.Ташкента с достоверно верифицированными на основании критериев МКБ-10 диагнозами параноидной шизофрении (F20.0), имеющих хронический вирусный гепатит В. Группу сравнения составили 32 пациента с параноидной шизофренией без сопутствующего поражения печени. В качестве методов исследования применялись клиничко-психопатологический, катamnестический, психометрический, клиничко-лабораторные, статистические методы. Нами применялись «Шкала продуктивных и негативных симптомов шизофрении» PANSS. Для оценки качества жизни больных применялся опросник, разработанный С.Ю. Масловским и В.Л.Козловским (2009) в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им.В.М.Бехтерева на базе инструментов ВОЗ КЖ-100 и КЖ-СМ.

Результаты: Из 62 обследованных, вошедших в основную группу, 51,6 % составляли женщины (n=32), 48,4 % – мужчины (n=30). Средний возраст $38,6 \pm 10,2$ года. Длительность психического заболевания в среднем составила $12,6 \pm 8,5$ года. В группе сравнения из 32 обследованных 53,1 % составляли женщины (n=17), 46,9 % – мужчины (n=15). Средний возраст $40,53 \pm 13,01$ года. Длительность психического заболевания в среднем составила $12,5 \pm 10,1$ года. Анализ типов социально-трудовой адаптации выявил преобладание в обеих исследуемых группах деструктивного типа адаптации. Относительно благоприятный вариант социально-трудовой адаптации (к которому отнесены интегративный и экстравертный типы) выявлен у 12 пациента (19,3 %) в основной группе и у 13 пациента (40,6 %) в группе сравнения. Относительно неблагоприятный вариант социально-трудовой (включающий деструктивный и интравертный типы) адаптации выявлен у 50 пациентов (80,6 %) в основной группе и у 19 пациентов (59,4 %) в группе сравнения. В

основной группе достоверно чаще выявлялся относительно неблагоприятный вариант социально-трудовой адаптации ($p=0,008$). У всех пациентов отмечается сильное снижение критичности и осознания болезни (среднее значение по PANSS - 5 баллов) не только в отношении к психическому заболеванию, но и к сопутствующей соматической патологии. Это может приводить к возникновению осложнений при назначении психотропной терапии и, в конечном итоге, снижать качество и продолжительность жизни данной категории больных. При сравнении показателей качества жизни пациентов двух исследуемых групп, с использованием критерия Манна-Уитни выявлены статистически значимые различия по субсферам «способность выполнять повседневные дела» ($U=2233,0$; $Z=-2,4$; $p=0,02$) и «личные отношения» ($U=2338,0$; $Z=-2,03$; $p=0,04$). Данные показатели были достоверно ниже у пациентов, страдающих параноидной шизофренией, в сочетании с хроническими вирусными гепатитами.

Выводы: Результаты проведенного исследования позволяют говорить о том, что пациенты, страдающие шизофренией в сочетании с хроническим вирусным гепатитом, имеют достоверно более низкий уровень социально-трудовой адаптации и показатели качества жизни в сравнении с пациентами без сопутствующей патологии, что говорит о необходимости нового подхода к организации помощи больным с сочетанной психической и соматической патологией.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ

Рустамова Ж.Т.

Ташкентский педиатрический
медицинский институт, Ташкент, Узбекистан
e-mail: janrust70@gmail.com

Согласно литературным данным и проведенным научным исследованиям, COVID-19 оказывает влияние не только на дыхательную, сердечно-сосудистую и иммунную системы, но также на нервную систему и психику человека. Отмечено, что психические и неврологические расстройства могут возникнуть как в острый период заболевания COVID-19, так и в постковидный период, в том

числе в структуре постковидного синдрома. Одним из наиболее частых проявлений является посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

Цель исследования. Изучить посттравматическое стрессовое расстройство в постковидном периоде у больных, перенесших коронавирусную инфекцию.

Материал и методы исследования. Было обследовано 26 больных в возрасте от 34 до 59 лет с посттравматическим стрессовым расстройством, находящихся на лечении в Ташкентской городской психиатрической больнице и Ташкентском городском психоневрологическом диспансере №1, перенесших в анамнезе коронавирусную инфекцию. Обследование проводилось клинико-психопатологическим и клинико-катамнестическим методами.

Результаты исследования. Среди обследованных пациентов больше половины составили женщины – 65,4%, меньше мужчины – 34,6%. Посттравматическое стрессовое расстройство чаще всего возникало у больных с тяжелым течением COVID-19. 18 пациентов (69,2%) сообщили, что были госпитализированы в ОРИТ и были подключены к аппарату искусственной вентиляции легких. У 11,5% больных развился делирий в остром периоде коронавирусной инфекции.

ПТСР развивалось в разные сроки постковидного синдрома: у 26,9% пациентов через 4 недели после выздоровления, спустя 6 недель – у 23,1%, через 8-12 недель – у 19,2 %, через 16 недель – у 15,4 %, спустя 20 недель – у 11,5%, а через 24 недели – только у 3,9% обследованных. Клиническая картина ПТСР в постковидном периоде у обследованных нами пациентов была представлена такими симптомами, как внезапно возникающим страхом смерти, ощущением нехватки воздуха, трудностями засыпания, кошмарными сновидениями. Довольно часто встречались мучительные воспоминания или представления, связанные с нехваткой воздуха, ночные пробуждения. Иногда возникали иллюзорные и психосенсорные расстройства, соматовегетативные симптомы с тахи- или брадикардией, чувством удушья, сдавлениями в грудной клетке, потливостью, головокружением, сопровождающиеся беспокойством, агитацией, тревогой. Выраженность и частота развития указанной симптоматики снижалась с течением времени и прямо коррелировала со степенью тяжести заболевания. Пациентам были

неприятны воспоминания о перенесенной коронавирусной инфекции, периоде нахождения в больнице. Во время беседы больным было трудно сосредоточить внимание, отмечалась рассеянность, раздражительность, больные быстро уставали. Субъективно больные отмечали снижение работоспособности, продуктивности выполняемой ими работы, нарастание эмоциональной напряженности, тревожности в конфликтных и других стрессовых ситуациях.

Выводы. Посттравматическое стрессовое расстройство довольно частое явление в постковидном периоде. К факторам риска развития ПТСР можно отнести тяжелое течение COVID-19 с госпитализацией в отделение реанимации и интенсивной терапии, делириозное расстройство, женский пол, наличие сопутствующих соматических и неврологических заболеваний.

СИНТЕТИЧЕСКИЙ НАРКОТИК – АЛЬФА-ПВП

Рустамова Ж.Т.

Ташкентский педиатрический
медицинский институт, Ташкент, Узбекистан
e-mail: *janrust70@gmail.com*

В последнее время во многих странах мира, в том числе и в нашей республике происходит популяризация синтетических наркотиков, увеличивается количество употребляющих, делая проблему наркомании одной из ведущих. Ситуация усугубляется тем, что различного вида психоактивные вещества принимаются сочетанно или последовательно. Широкое распространение получили так называемые соли, среди них особое беспокойство вызывает синтетический наркотик альфа-ПВП, который нередко миксуют с опиоидами. Клиника такого вида полинаркомании характеризуется появлением психозов, в отличие от классической опийной мононаркомании, при которой они отсутствуют.

Альфа-ПВП («соль для ванн», «скорость», «кристальная любовь», «флакка», «гравий») – это синтетический наркотик, относится к категории катионов оказывает стимулирующее воздействие на ЦНС, провоцирует выработку дофамина и норадреналина.

Вещество впервые синтезировали ученые немецкой фармацевтической компании в 1960 г. Препарат планировали внедрить в

медицину в качестве стимулятора ЦНС для лечения затяжных депрессий, апатии и нарколепсии, но спустя некоторое время выяснилось, что альфа-пирролидинопентиофенон дает большое количество побочных эффектов, в том числе вызывает зависимость, поэтому его выпуск был остановлен. В начале 2000-х препарат начали использовать в рекреационных целях в США и Японии. ПВП производится кустарно, часто состав имеет множество примесей, которые более опасны для здоровья чем само вещество. Встречаются случаи передозировки, с летальным исходом, острых химических отравлений уже после первого употребления.

Попадая в кровь, альфа-ПВП провоцирует немедленную выработку головным мозгом дофамина и норадреналина. Возбуждение структур головного мозга усиливает передачу нервных импульсов. Действие нарастает в первые 30-50 минут, достигая эйфорического пика через 1- 1,5 часа. Наркотическое опьянение проявляется повышением активности, работоспособности. Даже самый молчаливый человек, не может удержаться от разговора. При этом речь становится быстрой, неразборчивой, часто несвязанной с активной жестикуляцией. Эмоциональное состояние меняется быстро, не соответствуя окружающей ситуации. Громкий смех, вызывающее поведение, двигательная активность свидетельствуют о потере контроля. Ускорение мыслительных процессов препятствует правильной оценке своего состояния, поведения, происходящего вокруг. У человека искажается реальное виденье себя, возникает приступ мании величия, высокомерия, заносчивости. Вызывающее поведение провоцирует конфликты, опасные ситуации, в которые зависимый охотно вступает. Позитивные эмоции сменяются негативными, раздражение нарастает к концу действия дозы. Такое состояние часто сопровождается галлюцинациями. Человеку кажется, что под его кожей кто-то ползает, он слышит, что люди его обсуждают и т.д. Это может привести к необдуманным действиям, опасных для жизни, нанесению увечий себе, приступу паранойи.

Соматическое состояние характеризуется учащением пульса, повышением артериального давления, учащенным, поверхностным дыханием, покраснением глаз, расширением зрачков. Повышается двигательная активность, человек не может усидеть на одном месте,

отсутствует чувство голода, отмечается скрежет зубами, потливость. Острые ощущения притупляются примерно через 3-4 часа.

Когда проходит 5-8 часов, после принятой дозы, действие препарата заканчивается. Зависимые сравнивают эти ощущения с полным опустошением, падением с вершины в бездну. Истощенный организм требует длительного сна, который не дает прилива энергии. Без наркотика человек не может испытывать позитивные эмоции и чувства. Агрессия проявляется в нетипичных ситуациях, любая мелочь, например, телефонный звонок, могут вывести из равновесия. Альфа-ПВП в крови держится от 3 до 7 дней. Активность, без сна и принятия пищи, истощает организм.

Таким образом, психостимулятор альфа-ПВП относится к сильнодействующим веществам. Среди хронических зависимых или тех, кто пробует впервые, передозировка случается часто.

При употреблении альфа-ПВП быстро формируется зависимость, за несколько недель регулярного приема вещества образуется устойчивая психофизическая тяга. Препарат полностью меняет сознание пациента, токсины разрушают его психику. При попытке бросить наркотик возникает абстинентный синдром.

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ

Рустамова Ж.Т.

Ташкентский педиатрический
медицинский институт, Ташкент, Узбекистан
e-mail: janrust70@gmail.com

Цель исследования. Охарактеризовать психические нарушения у пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию.

Материал и методы исследования. Для исследования было отобрано 56 больных в возрасте от 35 до 63 лет, находящихся на лечении в Ташкентской городской психиатрической больнице, перенесших в анамнезе коронавирусную инфекцию. Обследование проводилось клинико-психопатологическим и клинико-катамнестическим методами.

Результаты исследования. Среди обследованных пациентов большинство составили лица женского пола - 36 больных (64,3%), на мужчин пришлось 20 больных (35,7%). По поводу COVID-19 на

стационарном лечении находилось 25 больных (44,6%), остальные больные – 31 человек (55,4%) получали лечение амбулаторно, у всех больных был лабораторно подтвержденный диагноз. Выбранная когорта ранее никогда не обращалась в психиатрические учреждения за медицинской помощью. У 10% больных после перенесенной коронавирусной инфекции в срок от 4х до 6 недель и более развилось психотическое состояние, в клинической картине которого наблюдалось психомоторное возбуждение, зрительные иллюзии и (или) галлюцинации, бред, неадекватное поведение, нелепые ответы на вопросы. После выхода из психоза больные не помнили, что говорили, отрицали свое неправильное поведение. У 48,2% больных в течение 2х-3х месяцев развились тревожно-депрессивные расстройства, в структуре которых, помимо облигатных симптомов обнаруживались компоненты астении: так утомляемость наблюдалась у 66,7% больных, постнагрузочное недомогание у 70,4% больных. У большинства обследованных больных отмечались нарушения сна (85,7%) в виде затрудненного засыпания, ночных пробуждений из-за приступов потливости, отсутствия чувства выспанности. Когнитивная дисфункция наблюдалась у 46,4% пациентов, регистрировались нарушения памяти, отмечалась забывчивость, больные становились рассеянными, им трудно было концентрировать свое внимание, они быстро истощались. У 10,7% больных тревожная симптоматика доходила до степени панических атак, с характерными проявлениями соматовегетативной дисфункции: пациенты испытывали ощущение нехватки воздуха, подъем или снижение артериального давления, боль в сердце, чувство страха, головокружение, шум в голове, потливость, слабость в ногах. У больных с тревожно-депрессивными состояниями в дальнейшем усиливались ипохондрические переживания, страх повторного заражения вирусом, страх смерти.

Выводы. Перенесшие короновирусную инфекцию больные сталкиваются с риском развития психических расстройств. Вирус COVID-19 оказывает негативное воздействие на психическое здоровье пациентов, в анамнезе которых ранее не отмечалось какой-либо психопатологической симптоматики. Проведенное исследование свидетельствует о возможности развития широкого спектра различных психических нарушений в долгосрочной перспективе, начиная от более легких астенических и тревожных расстройств до панических атак,

депрессии, психотических расстройств. Кроме того, довольно частыми симптомами являются нарушения сна, ухудшение памяти и внимания.

СУРУНКАЛИ АЛКОГОЛИЗМ КАСАЛЛИГИГА ЧАЛИНГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШДА ХУЛҚ – АТВОР ПСИХОТЕРАПИЯСИНИ ЎРНИ

**Рустамова М.Ш., Равшанов Ж.А.,
Абдукахарова Г.К., Рашидов А.И.,
Бахрамов Ф.Ш., Равшанова М.У.**
Ташкент
sherxanovnamuqaddas@gmail.com

Долзарблик. Сурункали алкоголизм касаллигига чалинган беморлар сони дунё бўйлаб кундан кунга ортиб бормоқда. Ўзбекистон Республикасида сурункали алкоголизм касаллигига чалинган беморлар сони умумий наркологик сонининг катта қисмини ташкил қилади. Хулқ-атвор психотерапияси наркологик беморларни даволашда энг кенг қўлланиладиган ва самарадорлиги юқори усул деб ҳисобланади. Наркологик беморлардаги аддиктив хулқни ўзгартириш учун хулқ-атвор психотерапияси ёрдамида аддиктив фикрларни ўзгаритириш талаб этилади.

Текширув мақсади. Сурункали алкоголизм касаллигига чалинган беморларни даволашда хулқ-атвор психотерапиясини самарадорлигини баҳолаш.

Материаллар ва усуллар. Илмий текшириш ХКК-10 бўйича F10.2 “Алкоголга тобелик синдроми” ташхиси қўйилган беморлар орасида олиб борилди. Умумий беморлар сони 48 та . Шулардан 40 (83,3%) нафари эркак , 8 (16,7%) нафар аёл, уртача ёши $37,2 \pm 3,3$ ёш. Илмий текширишда клиник-психопатологик ва экспериментал-психологик усуллардан фойдаланилди. Асосий усул сифатида “аддиктив фикрлар тести” (МГАА, Мак-Маллан– Гейлхар (Мак-Маллан Р., 2001)) фойдаланилди. Илмий текшириш 2021–2022 йиллар давомида Республика ихтисослаштирилган наркология илмий-амалий тиббиёт марказида олиб борилди.

Натижа. Илмий текширишнинг дастлабки боскичида 45та беморда “аддиктив фикрлар тести” (МГАА, Мак-Маллан– Гейлхар (Мак-Маллан Р., 2001)) бўйича беморларнинг аддиктив фикрлари

бирламчи баҳоланди. Тест буйича энг юқори бал 210 бални ташкил килади. Беморларда дастлабки текшириш натижасида ўртача балл $120 \pm 5,2$ баллни ташкил килди. Илмий текширишнинг кейинги босқичи хулқ-атвор психотерапия курсини ўтгандан кейин қайта баҳоланди. “Аддиктив фикрлар тести” буйича иккиламчи натижа $88 \pm 3,8$ баллни ташкил этди.

Хулоса. Хулқ-атвор психотерапияси “Алкоголга тобелик синдроми” ташхиси қўйилган беморларда аддиктив фикрларни ўзгартиришда самарадор усул эканлиги аниқланди. Илмий текширишимиз натижасида аддиктив фикрлар сезиларли даражада ўзгарди. Бу эса сурункали алкоголизм касаллиги рецидивларини профилактикасида муҳим ўрин тутди.

ОШҚОЗОН ВА ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ХАВФЛИ ЎСМА КАСАЛЛИКЛАРИДАГИ ДЕПРЕССИВ-ХАВОТИРЛИ БУЗИЛИШЛАРНИ ТАРҚАЛИШИ, ҚИЁСИЙ ТАШХИСОТИ ВА ДАВОЛАШ ЧОРАЛАРИ

Рустамов У.Т., Турсунов Ш.У.

Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро ш
uyguniuygun970@gmail.com

Мавзунинг долзарблиги. Ошқозон саратони – ошқозон деворининг ички шиллик қавати хужайраларидан ривожланадиган хавфли ўсма. У ўсиб бориши билан ўрта мушак ва ташқи сероз қатламларга ўсади. Беморларнинг ўртача ёши 38 ёш саналиб касаллик кўпроқ эркак кишиларда учраши ва тезда касаллик натижасида рухий ҳолатининг ўзгариши: қўрқув, вахима, хавотирли ҳолатлар тушкун кайфият фони асосида ухлай олмаслик етакчи белгилар жумласига киради. Ошқозон саратони касаллигидан ўлим даражаси буйича дунёда 3-ўринда туради: ҳар йили 800.000 киши шу касалликнинг оғир асоратларидан вафот этади. Статистик маълумотларга кўра, ошқозон саратони билан оғриган беморларнинг 30 фоизи тузалиб кетади. Касалликга чалинган беморларнинг 70-80 фоизида метастазлар аниқланади. Касалликни эрта ташхислаш 65% ни, кечикган ташхисот 35% ни ташкил қилади. Амалиётда ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак саратони касаллигини аниқлаш барча ошқозон сурункали касалликларининг 4-босқичда учрайди.

Диспепсия билан оғриган хар 50 нафар бемордан 1 тасида ошқозон ёки ўн икки бармоқли ичак саратони ташхиси қўйилган.

Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак саратони касаллигининг дастлабки белгилари – эпигастрал сохада ноқулайлик хисси, оғрик, диспепсия қушиш; қора нажас, терида қичишиш, сариқлик, асцитлар суюқликнинг тўпланиши туфайли қорин бўшлиғи ҳажмининг катталаниши, озиш ҳолатлари учрайди.

Текшириш мақсади ва вазифалари. Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак хавфли ўсма касалликлари бўлган беморларда депрессив-хавотирли бузилишларни аниқлаш ва даволашнинг самарали усуллари ишлаб чиқиш.

Текшириш материаллари ва усуллари. Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Бухоро филиалида ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак хавфли ўсма касалликлари билан 2022 йил давомида 62 нафар бирламчи касалланган беморлар рухий ҳолатлари текширилди. Шулардан 27 нафар (43,5%) аёл, 35 нафар (56,5%) эркак кишидаги депрессив-хавотирли бузилишларни аниқлаш ва даволашнинг самарали усуллари ишлаб чиқишни ўзимизни олдимизга мақсад қилиб қўйдик. Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак хавфли ўсма касалликлари бўлган беморларда депрессив-хавотирли бузилишларни яъни конгнитив бузилишлар махсус тестлар орқали баҳоланди. Депрессияни аниқлашда БЕК шкаласидан фойдаланилди.

Олинган натижалар ва уларнинг таҳлили. Мулоқот давомида енгил, ўрта ва оғир даражадаги тушкун кайфиятни касалликнинг оғирлик даражаси, жинсга боғлиқлиги ва шахс темпераментларига мос ҳолатда динамик кечиши беморларда касалликни суриштирув давомида рухий жараёнларига оид тушкун кайфият, кўрқув, вахиманинг кучайиши эртанги кунга нисбатан умидининг сўниши мулоқотда сезилиб турди. Асосан енгил, ўрта даражадаги депрессия эркакларимизда учраган бўлса ўрта ва оғир даражадаги депрессиялар аёлларимизда кузатилди. Касалликни темпераментларига оид берилиш хавфи холерик ва мелонхолик типдаги беморларимизда хавотирли депрессив бузилишларни учраш частотаси юқорилиги аниқланди. Касалликни депрессив кайфият фони асосида кўпроқ аёлларимизда йиғлоқлик, умидсизлик безовталаниш билан борадиган депрессия яққол сезилиб турган бўлса, эркак беморларда адинамик депрессия, ниқобланган депрессия ва қисман апатик

депрессиярни учраши аниқланди. Беморларда метастатик жараённинг оғирлик даражасига қараб психологик реакциялар: кўпроқ аффектив безовталаниш аломатлари фонида психоорганик синдромнинг ривожланиб боришини эркакларимизда кузатдик. Ақлий функцияларнинг пасайиши, астения ва турли хилдаги дисфорик бузилишлар аёлларимизга қараганда эркакларимизда кўпроқ учрашини аниқладик. Ҳаёт сифатини яхшилаш ва когнитив бузилишларни олдини олиш мақсадида беморларимизга кайфиятини яхшилаш мақсадида Флуоксетин 20 мг 1 маҳал эрталабга хотира ва уйку фаолиятини яхшилаш мақсадида Ноофен 250 мг 2 маҳал буюрилди. Беморлардаги кўрқув, хавотир - вахималар, тушкун кайфиятни яхшилаб бир оз эртанги кунга умиднинг уйғониши яшаш сифати яхшиланиб юқори самарадорликка эришилди.

Хулоса. Депрессив-хавотирли бузилишлар кўпроқ аёлларда аниқлаган бўлса, эртанги кунга нисбатан умидсизлик, ишончсизлик, когнитив функцияларни пасайиши, жаҳлдорлик ва касалликни яшириш аломатлари эркакларда кузатилди. Ақлий функцияларнинг пасайиши, астения ва турли хилдаги дисфорик бузилишлар аёлларга қараганда эркакларда кўпроқ учрашини аниқланди. Даволаш жараёнида рухий ҳолатга психофармакологик таъсир этиш беморларни саломатлигини тикланишида ижобий самара берди.

ТАШҚИ МУҲИТ ОМИЛЛАРИНИНГ ҲОМИЛАДОРЛИК ДАВРИГА ВА ҲОМИЛАГА ТАЪСИРИ

**Сайфутдинова Н. Н.,
Темирова У. Б.**

*Низомий номли Тошкент давлат
педагогика университети “Махсус педагогиканинг
клиник асослари” кафедраси катта ўқитувчиси
1- босқич сурдопедагогика йўналиши 202-гуруҳ талабаси*

Ҳозирги жадаллашган замонамизда болаларнинг жисмоний ва ақлий ривожланиши ҳам бир мунча тезлашди. Ижтимоий тармоқларда келаётган хабарларнинг аксариятида мурғак болажонларнинг замонавий техника аппаратларини бемалол ишлата олиши, улардаги дастурларга автоматик равишда кириб олиши, агар қўлидан ушбу восита олиб қўйилса, жанжал кўтаришини кўриб, ёқа ушлашдан

бошқа иложи қолмаётганини беихтиёр хис қиласан. Шу ўринда ҳомила ривожланишига, чақалоқнинг соғлом туғилиши ва ўсишига ташқи муҳитнинг таъсирини ўрганиш аҳамиятга эга эканлигини кўриб чиқиш жоиздир.

Инсон яратилибдики, ташқи муҳит ва табиат билан чамбар-час боғлиқ. Узоқ давом этаётган даврлар мобайнида инсоннинг бевосита иштирокида ҳозирги кундаги ташқи муҳит ва инсон ўртасидаги муаммоларнинг табора глобал характерга эга бўлаётгани ҳеч кимга сир эмас. Ер шарининг биосфера қатламига антропоген таъсир кучи кундан-кун сайин ўсиб бормоқда. Зарарли чиқиндиларнинг ишлаб чиқариш саноатидан биосфера, гидросфера қатламларига тўхтовсиз келиб туриши инсон саломатлигига ва ҳайвонот оламига зарарли таъсир кўрсатмоқда. Бу ҳолнинг энг ачинарли ва кўрқинчли томони-она саломатлиги билан бирга ҳомилага ҳам зарарли таъсир кўрсатмоқдалигидадир..

Ташқи муҳитнинг экологик омиллари ҳомиладаги барча аъзо ва тўқималарнинг функционал, морфологик, генетик ўзгаришларига олиб келиши фанга маълум. Бу ҳолат ҳали туғилмаган бола организмда бир қанча нуқсонлар, пороклар ва аъзолар патологияларига олиб келади. Иш фаолиятидаги, уй-рўзғор ишларидаги турли захарли моддалар билан билвосита боғланиш ҳомиладаги тузатиб бўлмайдиган нуқсонлар ривожланишига олиб келмоқда.

Статистик маълумотларга кўра, ҳар йили дунё бўйича саноатда 200 000 тонна кимёвий моддалар ишлаб чиқарилади. Бу моддаларнинг озиқ-овқат маҳсулотларида, кийим-кечакларда, рўзғорда ишлатиладиган кимёвий унсурларда концентрацияси шу қадар баландки, она орқали эмбрионга ўз таъсир кучини кўрсатади. Ҳомиладор она ўзини ҳар қанча кимёвий элементлар таъсиридан ҳимоя қилмасин, барибир атрофимиздаги доимий ишлаб турувчи иссиқлик электро станцияларидан, металлургия ва кимёвий ишлаб чиқариш саноатидан, иссиқлик узатиш корхоналаридан чиқаётган чиқиндилар экологияни бузиш билан бирга инсон организмга, ҳатто ҳомилага ҳам кучли ножўя таъсир кўрсатади. Бу корхоналардан чиқаётган асосий захарли газлар: карбонат ангидрид (ис гази), азот оксидлари, хлор ва фтор бирлашмалари, аммиак, симоб ва мышьяк қоришмалари атроф-муҳитга тарқалиб, ҳаво қатламини таркибини кескин ўзгартиради.

Саноат ва транспорт ишлаб чиқариш корхоналари ҳудудида яшаётган аҳоли орасидаги ҳомиладор аёлларда экологик тоза ҳудудларда яшаётган ҳомиладорларга нисбатан юрак-қонтомир касалликлари-3,4; нефропатиялар-3,3 баравар кўп учраётгани статистик маълумотларида маълум бўлмоқда. Ҳомиладорлик ва неонатал давридаги жиддий асоратлар ана шу экологик носоз ҳудудларда яшовчилар орасида кўп учрамоқда. Жинсий ҳужайраларнинг шаклланиши ва етилиши, эмбрионнинг ўсиши ва ривожланиши ташқи муҳит экологиясига жуда сезгир. Носоз экология ҳудудларида ҳомиладорликнинг биринчи 3 ойлиги даврида тез-тез бола ташлаш ҳоллари 30% дан ошаётганлиги ўрганиб чиқилган. Олимлар томонидан ўрганилаётган экологик омилларнинг ҳомила ривожланиши давридаги турли хил пороклар, патологиялар шаклланишига ташқи муҳитга антропоген омилларнинг кучли таъсири натижаси эканлиги аниқланган.

Бизга маълумки, ҳомила йўлдоши она қонидаги барча зарарли моддаларни филтрлаш (тозалаш) хусусиятига эга ва уларни ҳомила қонига ўтмаслигини таъминлайди. Аммо ҳозирги вақтдаги ишлаб чиқаришда қўлланиладиган ёки ишлаб чиқариладиган баъзи кучли моддалар йўлдош тўсиғидан ўтиб, ҳомилага кучли таъсир этиши натижасида нуқсонлар пайдо бўлишига олиб келиши маълум бўлди. Булар жумласига тератоген кимёвий моддалар, наркотиклар, радиация ва бошқалар киради.

Кўпчилик касаллик тарқатувчи патоген микроблар ўзининг ҳажми катталиги туфайли ҳомила йўлдошидан эмбрион қонига ўта олмайди. Аммо баъзи вирусли юқумли касаллик қўзғатувчилари: сувчечак, гепатит, полиомиелит, чинчечак микроблари йўлдош тўсиғидан ўтиш қобилиятига эга. Ҳомилага кучли таъсир этувчи, йўлдош тўсиғидан осон ўтувчи ва нуқсонларга сабаб бўлувчи бир қатор вируслар ҳам мавжуд: кизилча, сўзак (сифилис) трепонеммаси, диабет касаллиги шулар жумласига киради.

Наркотик препаратларнинг истеъмол қилишда дозасини назорат қилиш анча мушкул. Натижада катта миқдорда қабул қилинганда туғилмаган болага ноҳуя таъсир этиши - бола организмида нуқсонлар келиб чиқишига сабаб бўлади. Агар ҳомиладор аёл ҳар хил баҳоналар (бош оғриғи, депрессия, уйқусизлик) туфайли наркотик моддаларни қабул қилиши тез-тез такрорланса, бу муқаррар ҳомила организми нуқсонларига сабабчи бўлади.

Алкоголь ичимликларнинг ҳам ҳомилага ноҳўя таъсири кўп йиллардан маълум. Ҳомиладор аёл организмига кирган ҳар қандай спиртли ичимликлар қон орқали болага ўтиб, бамисоли бирга ичгандек бўлади. Энг ачинарлиси, она қонидаги алкоголь тез чиқиб кетса, ҳомила қонида узоқ муддат қолиши натижасида бола она қорнида хушдан кетиши ҳам мумкин, бу ҳолат эса ҳомила организмида туғилгандан кейинги вақтда ҳам алкоголь синдроми давом этишига олиб келади. Алкоголь билан она қорнида заҳарланган бола кам массали, психик ва жисмоний нуқсонли асоратлар (айниқса, бош, юз, юрак, қўл-оёқ соҳаларда ва марказий асаб тизимида) билан туғилади, аксарият ҳолларда ҳомила нобуд бўлишига сабаб бўлади.

Албатта, никотин кислотаси нафақат болаларга, ҳаттоки, ҳомилага ҳам ноҳўя таъсири ҳақида кўп текширишлар олиб борилганини биламиз. Ҳомиладорларнинг тамаки чекиши айниса, ҳомиладорликнинг 4-ойидан бошлаб нуқсонли бола туғилишига олиб келади. Ҳомиладор аёлнинг тамаки чекиши - туғиш олди муаммолари, бачадондан қон кетиши, бола ташлаш, ҳомила пуфлагининг вақтидан аввал ёрилиши, вақтидан олдин туғилишларга олиб келади. Она тамаки чеккан пайтда ҳомиланинг юрак уриши тезлашади, кислород етишмовчилиги сабабли бола ўсиш ва ривожланишда оқсоқланади. Ҳомила жисмоний, ақлий ва эмоционал ривожланиши секинлашганлиги сабабли, туғилгач 1ёшгача бўлган даврда бронхит, зотилжам касалликларига мойил бўлади ва бу ҳолат то 4 ёшгача давом этиши кўп кузатилади.

Рўзғорда ишлатиладиган кимёвий унсурлар, гербицидлар, фунгицидлар, инсектицидлар, атмосферадаги чиқиндилар ҳомила ўсишига, хромосомаларнинг етилишига, спермаларнинг соғломлигига ноҳўя таъсир кўрсатади.

Ҳомиладорлик даврида рентгенологик текширувлардан сақланиш зарурлигини биламиз. Рентген нурлари, радиация биргина хромосомага таъсир кўрсатса, эмбрион ўсиш ва ривожланишдан тўхташи кузатилади. Уруғланишнинг 2-6 ҳафтасида эмбрион радиация таъсирига айниса, жуда сезувчан бўлади, чунки бу даврда марказий асаб тизими, бош ва орқа мияларнинг интенсив ривожланиши даври ҳисобланади.

Бизга маълумки, ҳомиладорлик – бу физиологик жараён бўлиб, бу даврда она организмида тубдан ўзгаришлар содир бўлади: асосий

тизим ва аъзолардаги ўзгаришлар, безлар фаолиятидаги ўзгаришлар, болани соғлом туғилишини таъминлаш ёки туғишга етиб бориши онадан катта маъсулият талаб қилади. Шунинг учун ҳомиладорлик даврида ташқи муҳитнинг ножўя таъсиридан, депрессив ҳолатлардан, психологик тазъиқлардан ўзини асраши муҳим аҳамиятга эга. Баъзи ҳолларда ҳомиладор аёлнинг организми тез чарчаши, таъсирларга кучи етмаслик ҳолатлари учраб туради. Аммо позитив эмоциялар, шароитнинг қониқарлилиги, атроф-муҳитдаги тоза экологик муҳитлар ҳомиланинг соғлом ривожланиши ва соғлом туғилишига асосий сабаб бўлади. Она ва бола организмининг ҳолати бир-бирига чамбарчас боғланган. Ҳомиладаги барча ноқулайликлар, бузулишлар онага етиб боради ва она уларни бартараф этишга ҳаракат қилади. Бундай ҳолат кўпинча ҳомиладорликнинг биринчи 2 ойлигида кузатилади, онада эса бу даврда уйқучанлик, бош айланиши, юқори таъсирчанлик, хид сезиш ва таъм билишнинг ўзгарувчанлиги кузатилади. Вақт ўтиб, ҳомила катталашган сари улар аста-секин камайиб, бутунлай кузатилмаслиги мумкин.

Ҳомила ҳам ташқи муҳит таъсирига сезувчандир. Биринчи 2 ойлик даврида, аъзо ва тизимларнинг шаклланиши пайдо бўлиши ҳомиланинг ташқи муҳит омилларига таъсирчанлигини оширади. Ана шу даврда ҳомила ҳаёти ва ривожланиши она ҳолатига жуда боғлиқ давр ҳисобланади, яъни онага қандай таъсир кўрсатилса, ҳомилага ҳам шундай таъсир этади. Тамаки чекувчи ҳомиладорлардан эрта ёшдан юқори таъсирчанликка мойил, импульсив характерга эга болалар туғилади ва улар тез-тез нафас йўллари касалликлари билан оғриб туради, кўп ҳолларда қандли диабет ва семиришга мойил бўладилар. Уларда ақлий ривожланиш эса бирмунча орқада қолади.

Ҳомиладорлик даврида наркотик моддаларни истеъмол қилган аёлларда оғирлиги етишмайдиган, нафас олиши муаммоли, асаб тизими бузилишлари, турли юрак пороклари билан туғилишлар учрайди. Туғилгач, биринчи 3 ойлик даврида скелет-мускул тизимида, ички аъзоларида касалликлар ривожланиши кузатилади, каттароқ бўлганида эса бўй ўсмаслиги, ҳатто наркотик моддалар истеъмол қилишга мойиллик туғилади.

Шундай қилиб, ташқи муҳит омиллари ҳомиладорлик даврига таъсир кўрсатиши муҳим аҳамиятга эга. Уларни ҳисобга олмаслик-

ҳомиланинг ривожланишига жиддий ножўя таъсир этишини ўтказиб юбориш ҳавфини оширади.

Шу сабабли, ҳомиладор аёлнинг тез-тез гинеколог кўригида бўлиши, негатив таъсирлардан ўзини асраши, тўғри овқатланиш тартибига риоя қилиши ҳомиланинг соғлом туғилишида, соғлом ривожланишида муҳим аҳамият касб этади.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Кирющенков, А.П. Влияние вредных факторов на плод / А.П.Кирющенков. – М.:Медицина, 1978. – 216с.
2. Лазюк, Г.И. Тератология человека (2 изд.) / Г.И. Лазюк, И.А. Кирилова, Г.И. Кравцова. – Минск, 1991 год - 480 с.
3. Scott, J.R. Teratology and drug during pregnancy and lactation / Danforth's obstetrics and Gynecology, seventh edition, ed. by J.R.Scott, P.J. Disaia, C.B. Hammond, W.N.Spellacy. – Philadelphia,1994. – Ch.13. – P.225-245.

ALOHIDA YORDAMGA MUHTOJ BOLALARNI MAKTABGACHA TA'LIM MUASSASASIGA TAYORLASHNING TIZIMLI YONDASHUVI

Safarova S.O., Nizomiy nomidagi
Toshkent davlat pedagogika universiteti,
Maxsus pedagogikaning klinik asoslari
kafedrasi mudiri, dotsent v.b.

Muminova M. X.,
Logopediya yo'nalishi 201 guruh talabasi

Ushbu maqolada bugungi kunda dolzarb mavzulardan biri bo'lgan alohida yordamga muhtoj bolalarni tarbiyalashda va ta'lim berishda yangicha yondashuv bo'lgan inklyuziv ta'lim to'g'risida so'z yuritiladi. Ma'lumki, psixologik jihatdan, alohida yordamga muhtoj bolalar rivojlanishning turli bosqilarida o'zgalarning ko'magiga muhtojlik sezadi. Bog'cha muhitida ularga ko'maklashish har xil hayotiy vaziyatlarda imkon qadar mustaqil qaror qabul qilishi va ma'lum hatti-harakatlarni ongli amalga oshirishini rag'batlantirish (motivatsiyalash)

hamda jamoaga moslashishini yengillashtirish ko‘nikmalarini shakllantiradi.

Kalit so‘zlar: *ijtimoiy moslashuv, imkoniyati cheklanganlik, integratsiya, inklyuziv ta’lim, bilim va ko‘nikma, shaxs xususiyatlari, tizimlilik, yondashuv.*

Alohida yordamga muhtoj bolalarni bolalik davridanoq har jihatdan qo‘llab-quvvatlash, ularga ta’lim olishi, kasb-hunar egallashi, umuman olganda, jamiyat hayotiga faol integratsiyalashuvi uchun zarur shart-sharoitlarni yaratish davlatimiz ijtimoiy siyosatining muhim yo‘nalishlaridan biri bo‘lib kelmoqda. Jumladan, “shaxsiy, oilaviy, ijtimoiy hayotida va mehnat faoliyatida xulq-atvorning eng maqbul modelini shakllantirish orqali shaxsni tarbiyalash” va “o‘quvchilarning ijtimoiy-hissiy rivojlanishlari, hayotiy qobiliyatlarining shakllanishi uchun zarur korreksion (tuzatuvchi) — rivojlantiruvchi ta’lim muhitini yaratish” yurtimizda faoliyat ko‘rsatayotgan ixtisoslashtirilgan ta’lim muassasalarining asosiy vazifalarini tashkil etadi.

Bugunga kelib, sotsiologiya, pedagogika, psixologiya va defektologiyada “imkoniyati cheklanganlik” tushunchasi shartli ravishda ikki jihatdan, ya’ni tibbiy va ijtimoiy nuqtai nazarlardan talqin qilinmoqda. Tibbiyotda imkoniyati cheklanganlik bolada tashxis orqali organik patologiya va disfunktsiyani belgilash, pirovardida kasal maqomini berish, ularni tuzatish va ba’zida ajratib qo‘yish zarurligi bilan bog‘lanadi. Ijtimoiy yondashuvda esa ushbu tushuncha mohiyati bevosita insonning jamiyatga integratsiyalashuvi va moslashuvi bilan bog‘liq holda tushunilmoqda.

Mutaxassislarining fikriga ko‘ra, “Ijtimoiy moslashuv – bir vaqtning o‘zida uchta darajada: jamiyatda, oilada va shaxsiy-individual darajada yuz beradigan murakkab hodisadir... Bolalarning zamonaviy voqelikka moslashuvi uning shaxsiy ijtimoiy-demografik xususiyatlari (sog‘ligi holati, oilaviy ahvoli, ijtimoiy talab) bilan bir qatorda ijtimoiy institutlar: davlat, oila, ijtimoiy xizmatlar va jamoat tashkilotlarining ko‘magiga ham bog‘liq”.

Maktabgacha ta’lim muassasi alohida yordamga muhtoj bolalarning jamiyat faol integratsiyalashuvi va individdan boshqa shaxslar bilan teng maqomga ko‘tarilishi uchun muhim omillardan biridir. Bugungi kunga kelib jamiyatimizda alohida yordamga muhtoj bolalarga nisbatan ijtimoiy yondashuvning o‘rni olib borilayotgan turli targ‘ibot-tashviqot tadbirlari

natijasida asta – sekinlik bilan bo‘lsa-da, mustahkamlanib bormoqda. Lekin ularning bog‘chada tarbiyalanishi, umumta’lim muassasalarida o‘qishi bilan bog‘liq huquq va ehtiyojlari to‘g‘risidagi noto‘g‘ri tasavvurlar (“ular o‘zlarini boshqara olishmaydi”, “o‘zgalar yordamiga muhtoj bolishadi”, “ularning ruhiyati o‘zgaruvchan” va boshqalar) ham uchrab turishidan ko‘z yumib bo‘lmaydi. O‘z navbatida mazkur toifadagi bolalar tarbiyalanayotgan maktabgacha ta’lim muassasalarida faoliyat yuritayotgan pedagog-tarbiyachilarning barchasi ham inklyuziv ta’lim bo‘yicha yetarli bilim va malakalarga ega deyish, biroz mushkul.

Alohida yordamga muhtoj bolalarni maktabgacha ta’lim muassasasiga tayyorlashning tizimli yondashuv modeliga ko‘ra, inklyuziv ta’lim mikrotizimdan keyingi mezotizimni tashkil etuvchi tarkibiy qismlardan biridir. Lekin yuqorida keltirilgan qator omillar inklyuziv ta’limning alohida yordamga muhtoj bolalarni maktabgacha ta’lim muassasasiga tayyorlab borishda bola shaxsini shakllantirish va rivojlantirishda asosiy ijtimoiy institutlardan biri sifatidagi o‘rni va ahamiyatini yanada oshiradi.

Inklyuziv ta’lim doirasida yaratilgan dasturlar amalga oshiriladigan tadbirlar shakli va mazmunini belgilashda ularni o‘quv jarayonida va darsdan tashqari paytlarda amalga oshirilishida o‘zaro muvofiqligiga alohida ahamiyat qaratish lozim bo‘ladi. Ya’ni, yuqoridagi ta’lim yo‘nalishda beriladigan bilimlar va ko‘nikmalar nazariy jihatdan o‘quv fanlari mazmuniga singdirilishi bilan bir qatorda amaliy jihatdan darsdan tashqari tadbirlarda mustahkamlanib borilishi zarur.

Ma’lumki, psixologik jihatdan, alohida yordamga muhtoj bolalar rivojlanishning turli bosqilarida o‘zgalarning ko‘magiga muhtojlik sezadi. Bog‘cha muhitida ularga ko‘maklashish har-xil hayotiy vaziyatlarda imkon qadar mustaqil qaror qabul qilishi va ma’lum hatti-harakatlarni ongli amalga oshirishini rag‘batlantirish (motivatsiyalash) orqaligina o‘zining ijobiy natijalarini berishi zamonaviy ilm-fanda va amaliyotda o‘zining tasdig‘ini topmoqda. Ta’lim muassasasining pedagogik salohiyati, metodik va moddiy-texnik bazasi va shu kabi boshqa imkoniyatlaridan samarali foydalangan holda mazkur toifadagi bolalar tarbiyalanayotgan oilalar (ota-onalari, ularning o‘rnini bosuvchilar, oilaning boshqa a‘zolari) bilan olib boriladigan ishlar ham o‘zining alohida ahamiyatiga ega. Buning uchun ta’lim muassasasining inklyuziv ta’lim doirasida yaratilgan dasturi oilalar bilan hamkorlik bo‘yicha ham tashkiliy-pedagogik chora-tadbirlarni o‘z ichiga olishi ijobiy natijalarni beradi.

Bugungi kunda alohida yordamga muhtoj bolalar muammolari bilan jamoat va nodavlat tashkilotlari ham shug'ullanib, qator loyihalar va dasturlarni amalga oshirmoqda. Bizningcha, "Alohida yordamga muhtoj bolalarni bog'cha sharoitiga tayyorlash – ijtimoiy integratsiyalashuvning muhim omili" yo'nalishidagi ijtimoiy hamkorlikni yo'lga qo'yish, jumladan, bu boradagi ta'lim dasturlarini samarali amalga oshirishda mavjud imkoniyatlarni to'g'ri yo'naltirishga zamin yaratgan bo'lar edi.

Alohida e'tibor berilishi lozim bo'lgan jihatlardan biri alohida yordamga muhtoj bolalarning o'ziga xos xususiyalarini va muammolarini inobatga olgan holda sotsiologiya, psixologiya, pedagogika, defektologiya, tibbiyot kabi fanlarning zamonaviy tadqiqot metodlaridan samarali foydalangan holda o'rganish yuqorida qo'yilgan masalalarni hal etishning yangi shart-sharoitlari va imkoniyatlarini ochib beradi. Ilmiy tadqiqotlardan olingan natijalar, tabiiyki, alohida yordamga muhtoj bolalarni rivojlanishning dastlabki bosqichlaridan boshlab bog'chaga, maktabga va jamiyat muhitida oilaviy hayotga tayyorlab borishning ilmiy-metodologik va amaliy-metodik asoslarini mustahkamlashga xizmat qiladi.

Xulosa sifatida aytish joizki, bugungi kunda alohida yordamga muhtoj bolalarni maktabgacha ta'lim muassasasiga inklyuziv ta'limning, xususan, ixtisoslashtirilgan ta'lim muassasalarining imkoniyatlari boshqa ijtimoiy institutlarga qaraganda kengroq, lekin bu jarayonning sifati va samaradorligi boshqa institutlar bilan faol hamkorlikda ishlab chiqilgan alohida dastur asosidagi tizimli tadbirlarni amalga oshirish bilan bog'liq.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. O'zbekiston Respublikasining 1991-yil 18-noyabrdagi "O'zbekiston Respublikasida nogironlarni ijtimoiy himoya qilish to'g'risida"gi 422-XII-sonli qonuni. // O'zbekiston Respublikasi Oliy Kengashining Axborotnomasi, 1992-y., 2-son, 78- modda.

2. «Инклюзивное образование детей с ограниченными возможностями» tezislar to'plami. – T., 2008. -b. 191-193.

3. Kalbayeva X. O'zbekiston Respublikasi inklyuziv ta'lim konsepsiyasi.

4. Mo'minova L.R Inklyuziv ta'lim. Dastur. T., 2014

5. Shomaxmudova R.Sh. Maxsus va inklyuziv ta'lim. – T.: "Chashma print", 2011.

R.Sh.Shomaxmudova “Maxsus va inklyuziv ta’lim” uslubiy qo‘llanma. Toshkent 2011-y.

ИСТОРИЯ ПОНИМАНИЯ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Д.В. Силаева, Е.В. Гуткевич

Национальный исследовательский
Томский государственный университет,
Томский национальный исследовательский
медицинский центр Российской академии наук,
Научно-исследовательский институт
психического здоровья, Томск, Россия
*silaeadv@gmail.com, gutkevich.
elena@rambler.ru*

Наиболее распространенными из всех типов расстройств пищевого поведения являются нервная анорексия и нервная булимия. Самые ранние медицинские описания анорексии приписывают английскому врачу R. Morton в 1689 году, который отобразил симптомы анорексии в состоянии, которое он назвал «истощающей болезнью». Он представил два медицинских синдрома, сопровождающихся потерей аппетита и чрезмерным голоданием без каких-либо признаков известного заболевания. R. Morton понимал под этим состояние истощения организма, вызываемым грустью и тревожной щепетильностью (Кирова С.Е., 2017). В 1868 году W. Gull выступил с обращением к Британской медицинской ассоциации в Оксфорде, в котором упомянул об особой форме болезни, возникающую в основном у молодых женщин и характеризующуюся крайним истощением. W. Gull заметил, что причину этого состояния определить невозможно, но случаи возникновения в основном отмечались у молодых женщин в возрасте от шестнадцати до двадцати трех лет. В этом обращении он назвал данное состояние истерической апепсией, но впоследствии изменил его на истерическую анорексию, а затем в 1873 г. на нервную анорексию (Moncrieff-Boyd J., 2016). Ранние упоминания о булимии отмечаются в 1903 году, когда доктор P. Janet заметил у своих пациентов булимическое поведение. Другие врачи сообщали, что у пациентов проявлялись различные признаки,

включающие переедание, очищение организма и злоупотребление слабительными средствами для поддержания низкого веса. В то время расстройства пищевого поведения часто рассматривались как эндокринные расстройства (Николаева Н. О., 2012).

В 1914 году М. Simmonds указал на гипофизарную недостаточность у исследуемых, потерявших вес. Данная работа помогла обратить внимание не только на психологический аспект проблемы, но и изучить его физиологические основы. В 1930 году в своих исследованиях Берман указал на вторичность физиологических симптомов и их обратимость при психотерапевтическом вмешательстве.

Первые формализованные диагностические критерии нервной анорексии были предложены G. Russel в 1970 году. Начиная с 70-х годов XX века утвердилось понимание расстройств пищевого поведения, которое включает в себя психологический и физиологический компонент. Доктор G. Russell (1979) был первым, кто официально определил нервную булимию и первоначально идентифицировал это расстройство, как вариант нервной анорексии, при наличии самоиндуцированной рвоты и других способов избавления от калорий у пациентов с диагнозом нервной анорексии. Так Russell G. пришел к выводу, что описанное им состояние не следует рассматривать как отличное от нервной анорексии, оно может быть результатом или следствием анорексии до развития симптомов нервной булимии. Наиболее распространенным, наблюдаемым поведением была самоиндуцированная рвота. Исследователь заявил, что некоторые пациенты использовали слабительные, голодали в течение определенного периода времени, занимались чрезмерными физическими упражнениями или использовали мочегонные средства с целью предотвращения увеличения веса. Некоторые пациенты с нервной анорексией также вызывали у себя рвоту или совершали другие действия, направленные на предотвращение увеличения веса, но это поведение не следовало за эпизодом переедания. Также в описаниях эпизодов переедания Russell G. подчёркивал, что его пациенты заявляли, что они чувствовали тип голода, который не был связан с потребностью в еде, а скорее для удовлетворения эмоционального чувства или чувства пустоты (Selby C. L. B., 2018).

Нервная анорексия появилась в DSM-I, опубликованном в 1952 году; это был один из многих примеров диагностики психофизиологической желудочно-кишечной реакции, которая относилась к категории желудочно-кишечных проблем, «в которых эмоциональные факторы играют причинную роль». В DSM-II нервная анорексия была реклассифицирована как пример диагноза нарушения питания. В 1980 году было опубликовано третье издание DSM, в которое была включена категория, называемая расстройствами пищевого поведения, в которой были конкретно определены симптомы нервной анорексии. Важно отметить появление в DSM-III симптомов булимии, которая диагностировалась как расстройство пищевого поведения с диагностическими симптомами, отличными от нервной анорексии. Хотя первое издание DSM включало термин «булимия», он был включен только в приложение, озаглавленное «Дополнительные термины», и не был указан как что-то, что можно диагностировать как психическое расстройство (Selby C. L. B., 2018).

Согласно Международной классификации болезней 11 пересмотра (МКБ-11), нервная анорексия является психическим расстройством, характеризующимся значительно низкой массой тела, не связанное с отсутствием пищи или иными состояниями здоровья. Одним из наиболее характерных и инвалидизирующих признаков нервной анорексии является чрезмерное ограничение в еде, включающее ограничительное питание, очищающее поведение (например, злоупотребление слабительными, самоиндуцированная рвота), поведение, направленное на увеличение расхода энергии (например, при чрезмерной физической нагрузке), и приводящее к значительной потере веса.

Нервная булимия понимается как расстройство пищевого поведения, характеризующееся повторяющимися объективными эпизодами переедания, за которыми следует поведение, направленное на компенсацию пищи, съеденной во время переедания. Эпизоды переедания должны включать потребление большого количества пищи и сопровождаться чувством отсутствия контроля. Поведение, направленное на компенсацию съеденной пищи, характеризуется чрезмерным контролем массы тела, что приводит к использованию крайних мер для предупреждения «полнящего» действия съеденной пищи (например, рвота, голодание и злоупотребление слабительными средствами).

В настоящее время отмечается увеличение распространенности расстройств пищевого поведения более чем в два раза: с 3,4 % до 7,8 % (Прокудина Д. А., 2022). Пандемия COVID-19 оказала глубокое влияние на распространенность и тяжесть симптоматики у лиц с расстройствами пищевого поведения, о чем свидетельствует значительное увеличение показателей госпитализации по всей Европе. По сравнению с другими психическими расстройствами у пациентов с нервной анорексией чаще всего констатировали ухудшение симптомов (Gilsbach S. et al., 2022).

Важно отметить и психологические аспекты в понимании расстройств пищевого поведения. Так, для лиц с нервной анорексией характерны сверхценность низкой массы тела, страх перед ожирением и негативное восприятие образа тела, а также нарушение межличностных отношений. Отмечается наличие страха и тревоги перед социальным осуждением из-за возможного набора веса, формируется отвращение к себе и пище. Сверхценность своей формы и массы тела характерна при нервной булимии в сочетании со страхом перед набором веса и социальным осуждением, стыдом за невозможность контролировать свое поведение. Отвращение к себе, социальная тревожность, низкая самооценка могут приводить людей с расстройством пищевого поведения к депрессивным симптомам, а также ухудшать процесс реабилитации (Bektas S. et al., 2022). Для лечения расстройств пищевого поведения существует множество подходов. При этом отмечается отсутствие специфического метода и противоречия между отдельными рекомендациями, однако первоочередной задачей становится коррекция нарушенного питания человека, а далее работа с психологическими и семейными проблемами, лежащими в основе расстройства (Малкина-Пых И., 2007).

Таким образом, нервная анорексия и булимия наиболее распространены среди расстройств пищевого поведения, на возникновение и поддержание которых влияют нарушенное отношение к весу, форме тела и еде. Важным в изучении расстройств пищевого поведения становится согласованность в понимании определений, играющих ключевую роль в их терапии и профилактике.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПРИЁМА ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В КРУГЛОСУТОЧНЫЙ ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Собесский А.В., Ситчихин П.В., Артеменко А.В.

ГБУЗ "Специализированная психиатрическая

больница № 7" МЗ, г. Краснодар, РФ.

aleks.artem01@yandex.ru

Введение. В условиях пандемии COVID-19 важно сохранение возможности получения больными специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, тем более в условиях круглосуточного психиатрического стационара. Лица с выраженными психическими расстройствами более подвержены риску заразиться особо опасными инфекциями (см. Перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, согласно Постановления Правительства РФ от 01.12.2004г №715 в редакции Постановления Правительства РФ от 31.01.2020г №66). Вследствие наличия психотической или выраженной дефицитарной симптоматики психически больные нередко неспособны выполнять ограничительные санитарно-эпидемиологические меры, в том числе ограничивать потенциально опасные социальные контакты с больными COVID-19. Также душевнобольные часто либо не могут получить полноценного обследования из-за неадекватного или социально опасного поведения, либо прерывают необходимое лечение COVID-19 по причине негативизма, отсутствия критики или обострения психотической симптоматики, и вследствие этого, могут стать источниками инфекции COVID-19. Потребность сохранения доступности для населения стационарной психиатрической медицинской помощи в условиях пандемии COVID-19 острейшим образом ставит проблему сортировки психически больных при поступлении в психиатрический стационар для предотвращения внутрибольничного инфицирования COVID-19.

Цель: описать комплекс мероприятий при поступлении лиц с психическими расстройствами в круглосуточный психиатрический стационар в условиях пандемии COVID-19 в течение 2021 года,

предпринимаемых для предупреждения внутрибольничного заражения COVID-19. Материалы и методы. Обобщён опыт по сортировке и выявлению больных COVID-19 среди поступающих лиц с психическими расстройствами всех возрастов в течение 2021 года в круглосуточный психиатрический стационар ГБУЗ Специализированная психиатрическая больница №7 МЗ КК (Краснодарская городская психиатрическая больница, далее – СПБ№7) с территорией обслуживания - муниципальное образование город Краснодар с населением более 1 млн. человек. Первичный осмотр и медицинская сортировка осуществлялась в приёмном отделении СПБ№7 врачебной комиссией врачей-психиатров. С момента госпитализации до выписки все пациенты получали необходимое психиатрическое лечение, которое корректировалась в зависимости от выявленной сопутствующей соматической патологии, в том числе COVID-19. Обследование и лечение выявленной патологии осуществлялось в соответствии со стандартами и методическими рекомендациями по соответствующим психическим и соматическим заболеваниям. Используются описательный, катamnестический и статистический методы.

Результаты и их обсуждение. Среди поступивших в СПБ№7 за 2021 год 5487 лиц с психическими расстройствами выявлено 231 больных COVID-19, внесённых эпидемиологом СПБ№7 в соответствующий Федеральный регистр. Ежемесячная динамика поступления больных с новой коронавирусной инфекцией в целом соответствовала темпам распространения данной инфекции в г. Краснодаре. Это позволяло своевременно принимать необходимые противоэпидемические организационные меры. При поступлении лиц с психическими расстройствами в приёмном отделении больницы тщательно собирался эпидемический анамнез, производились термометрия, пульсоксиметрия, физикальный осмотр, в том числе осмотр зева и аускультация лёгких. При выявлении у поступающих лиц информации о контактах за последние 14 дней с лицами, находящимися под наблюдением по инфекции, вызванной новым коронавирусом SARS-CoV-2 или с лицами, у которых лабораторно подтвержден диагноз COVID-19 отрицает, или выезды за границу, то такие пациенты направлялись на обсервацию. Также обсервации подлежали больные с катаральными явлениями, подозрением на пневмонию и лихорадящие больные. Обсервация

осуществлялась в условиях отделения для больных с лёгочной патологией (25 коек), расположенного в отдельно стоящем здании, которое ранее выполняло функции психотуберкулёзного изолятора. В стандарт обследования в первые 24 часа обязательно входили: динамический контроль температуры тела, сатурации, частоты дыхательных движений, пульса и артериального давления каждые 4 часа, мазок из носоглотки на ПЦР на SARS-CoV-2, рентгенография органов грудной клетки (или КТ при наличии медицинских показаний), общий анализ крови с развёрнутой лейкоформулой. При выявлении у взрослого больного COVID-19 он незамедлительно переводился в профильное отделение СПб№7 для лечения COVID-19 у лиц с психическими расстройствами. Лица до 18 лет оставались для лечения COVID-19 в боксах детского отделения СПб№7 при лёгком течении инфекционного процесса, а в остальных случаях переводились в ковидные госпитали с рекомендациями по терапии психического расстройства. После получения отрицательного ПЦР – теста на COVID-19 пациенты переводились в общепсихиатрическое отделение (на 100 коек), расположенное в общем корпусе отделений, при обязательном разделении потоков в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями для карантина в течение 14 дней. Пациенты, поступившие в один день, госпитализировались в одну палату с учётом гендерного признака. После окончания карантина больные переводились в соответствующие психиатрические отделения согласно районам обслуживания г. Краснодара. При выявлении больных COVID-19 карантин для пациентов данной палаты продлевался ещё на 14 дней. В последующем в приёмном отделении было введено предварительное экспресс-тестирование на COVID-19 с помощью набора реагентов для иммунохроматографического выявления антигена SARS-CoV-2 в мазке из носоглотки (NowCheck COVID-19 Ag Test, Lot №1901D006. БиоНоут, Инк. (BioNote, Inc., Республика Корея). Согласно инструкции по применению диагностическая чувствительность данного набора составляет 98,0% (95% доверительный интервал: 89,35-99,95%), а диагностическая специфичность - 100 % (95% доверительный интервал: 90-100%). Данная диагностическая процедура позволила с высокой вероятностью выявлять больных COVID-19 уже к окончанию осмотра в приёмном отделении (15-30 минут), что привело к экономии лабораторных исследований и

снизило риски внутрибольничного заражения. Кроме того, в отделениях больницы регулярно проводились санитарно-просветительские мероприятия в виде разъяснительных бесед с больными о пользе вакцинации с последующей вакцинацией больных против COVID-19. При этом уровень вакцинирования в отдельные месяцы достигал 93% от всех выписываемых душевнобольных. Это увеличивало иммунную прослойку среди психически больных на территории обслуживания и уменьшало риск заражения COVID-19 при регоспитализации.

Вывод. Вышеуказанные мероприятия позволили эффективно предотвращать внутрибольничное распространение COVID-19 и минимизировать риски как для лиц с психическими расстройствами, получающих лечение в условиях круглосуточного психиатрического стационара, так и для сотрудников больницы.

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ НА КАФЕДРЕ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Сулейманов Ш.Р., Шарипова Ф.К.

Ташкентский педиатрический
медицинский институт,
Ташкент, Узбекистан
sunatullosoleymanov@gmail.com

Введение. В настоящее время высшая школа предъявляет повышенные требования к современному студенту, придавая большое значение его личностным качествам: умению самостоятельно пополнять и обновлять свои знания, вести исследовательские задачи, при этом самостоятельно организовывая пути их решения. Появление новой цели высшего профессионального образования – развитие компетенций у будущих специалистов, потребовало разрешения конкретных задач организации самостоятельной работы студентов. Занимательная и новаторская организация самостоятельной внеаудиторной деятельности современных продвинутых студентов является одной из важнейших задач современных преподавателей высших учебных заведений. Интегративная система обучения с вовлечением в педагогический процесс виртуального пространства кибернетической среды Интернета является одним из

способов заинтересовать студентов в творческом плане. Такой метод организации процесса обучения предусматривает широкое использование в учебном процессе мультимедийного создания активных и интерактивных форм проведения занятий (программы «Нирванна», компьютерных симуляций, деловых и ролевых игр, психологических тренингов) в сочетании с самостоятельной внеаудиторной работой студентов.

Цель исследования: теоретически обосновать и экспериментально проверить условия применения интерактивных методов обучения на примере педагогической технологии ВЕБ-квест (Интернет-проект), графических органайзеров, способствующей развитию важных профессионально-личностных качеств у студентов медицинских институтов в условиях дисциплины «Психиатрия», в частности при преподавании темы «Шизофрения. Высокотехнологичные методы лечения».

Методы преподавания: Провести анализ международного опыта инновационного обучения в профессиональной подготовке студентов медицинских институтов по высокотехнологичным методам лечения шизофрении. Разработать проект ВЕБ-квест по теме «Шизофрения. Высокотехнологичные методы лечения». Оценить эффективность применения инновационного направления, - интерактивных методов обучения для внедрения интерактивных методов обучения в учебно-педагогический процесс на кафедре психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии.

Результаты исследования: методика профессиональной подготовки обучающихся в учебном заведении будет обеспечивать более высокую готовность будущих специалистов к практической деятельности. Метод проектов - это способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы (технология), которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным путём поиска решения проблемы через информационные ресурсы Интернет. Основное предназначение метода проектов состоит в предоставлении студентам возможности самостоятельного приобретения знаний в процессе решения практических задач или проблем, требующего интеграции знаний из различных предметных областей. Если говорить о методе проектов как о педагогической технологии, то эта технология

предполагает совокупность исследовательских, поисковых, проблемных методов, творческих по своей сути и найденных на сайтах Интернет-пространства. Преподавателю в рамках проекта отводится роль разработчика, координатора, эксперта, консультанта. ВЕБ-квест метод позволяет мысленно выйти за пределы аудитории и составить проект своих действий по обсуждаемому вопросу. Самое главное, что группа или отдельный участник имеет возможность защитить свой проект, доказать преимущество его перед другими и узнать мнение студентов. Инновационный метод позволяет студентам самостоятельно искать необходимую информацию на различных научных сайтах, искать доказательную базу, применить творческие способности и развить клиническое мышление. Участники могут обратиться за консультацией, дополнительной литературой в Интернет, электронную библиотечную систему, читальный зал библиотеки. Педагог предлагает участникам проекта собрать статьи с кибернетического пространства виртуальной сети Интернета, из газет, публикации из научно-познавательных журналов, фотографии, касающиеся вопросов темы «Шизофрения», а затем обсудить эти материалы со всей группой. Затем в виде самостоятельной работы даётся задание создать презентацию по теме практического занятия. Презентация - самый эффективный способ донесения важной информации как в разговоре "один на один", так и при публичных выступлениях. Каждый студент по определенной схеме создаёт собственную презентацию, что в будущем у него формирует навыки создания электронных постеров для научно-исследовательской деятельности. Слайд-презентации с использованием мультимедийного оборудования позволяют эффективно и наглядно представить содержание изучаемого материала, выделить и проиллюстрировать сообщение, которое несет поучительную информацию, показать ее ключевые содержательные пункты. Использование интерактивных элементов позволяет усилить эффективность публичных выступлений и повысить педагогическое мастерство наставника, являющихся частью профессиональной деятельности преподавателя. Подготовительный этап: погружение в проект, организация и планирование проектной деятельности – аудиторная работа. Под руководством педагога ведется активный поиск на медицинских сайтах научной информации по нозологической патологии. Согласовывается найденная информация и распределяется по студентам в

виде отдельно рассматриваемых подтем в качестве самостоятельной разработки в виде мультимедийных презентаций. Этап выполнения проекта – внеаудиторная работа. Студенты самостоятельно оформляют слайды и создают презентации с включением аудиовизуальных спецэффектов. Заключительный этап: презентация проекта, оценка продукта и проектной деятельности студентов, рефлексия проектной деятельности – аудиторная работа. Инновационные методы обучения в настоящее время являются наиболее эффективными средствами обучения, способствуют формированию клинического мышления, самостоятельности, инициативы и профессиональной ориентации у будущих специалистов.

Выводы: по завершению работы над проектом студенты: умеют обеспечить целесообразность назначения нейрорептиков, определить эффективность их назначения и владеют навыками правильного дозирования препаратов и методами психосоциореабилитации психически больных.

НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО УЗБЕКИСТАНА С РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИЕЙ - СПЕЦИАЛИТЕТ «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

**Султанов Ш.Х., Шамсиев А.Т.,
Гаюбов У.М. Гапурова Г.Ф.
Назирова З.И. (студент 3 курс)
Ташкентский государственный
медицинский институт, Ташкент, Узбекистан
*Gayubovumid95@mail.ru***

Abstract: The article presents the main directions for the organization of educational activities on the basis of joint educational programs implemented in accordance with the agreement concluded between the Republic of Uzbekistan and foreign partner organizations of higher education: at the same time, tasks and directions in the discipline of clinical psychology are briefly highlighted

Annotatsiya: Maqolada O‘zbekiston Respublikasi oliy ta’limining va Orenburg davlat tibbiyot Universiteti bilan hamkor tashkilotlari o‘rtasida tuzilgan shartnomaga muvofiq amalga oshiriladigan qo‘shma ta’lim dasturlari asosida ta’lim faoliyatini tashkil etishning asosiy

yo‘nalishlari, shu bilan birga, klinik psixologiya yo‘nalishining vazifalari va yo‘nalishlari keltirilgan.

Аннотация: В статье приведены основные направления организации образовательной деятельности на основе совместных образовательных программ, внедряемых в соответствии с договором, заключенным между Республикой Узбекистан и Оренбургским Государственным медицинском университетом, а также коротко освещены задачи и направления дисциплины клинической психологии.

Ключевые слова: совместное образование, клиническая психология, наука.

Наука – это важнейший фактор, которым гордится каждый народ и нация. Все признают важность науки для человека и общества. Даже если мы посмотрим на опыт развитых стран, то увидим, что инвестиции в науку вывели экономику каждой страны на более высокий уровень.

В приветствии Главы государства выпускникам школ 25 мая текущего года было подчеркнуто, что уровень охвата молодежи высшим образованием вырос с 9% в 2016 году до 25% в 2020 году, и что главная задача довести этот показатель до 28% в этом году и до 50% в 2030 году.

В целях определения приоритетных направлений системного реформирования высшего образования в Республике Узбекистан, поднятия на качественно новый уровень процесса подготовки самостоятельно мыслящих высококвалифицированных кадров с современными знаниями и высокими духовно-нравственными качествами, модернизации высшего образования, развития социальной сферы и отраслей экономики на основе передовых образовательных технологий ведутся масштабны работы.

Ниже приведены основные направления организации образовательной деятельности на основе совместных образовательных программ, внедряемых в соответствии с договором, заключенным между Республикой Узбекистан и зарубежными партнерскими организациями высшего образования:

- на уровне подготовки высококвалифицированных кадров, способных решать важные задачи развития отраслей экономики республики на уровне международных стандартов образования;

- развитие системы подготовки специалистов и научно-педагогических кадров за счет интеграции и преемственности образования и науки, а также экспансии в мировое образовательное сообщество;

- разработка и внедрение новых образовательных программ и форм обучения, направленных на совершенствование и модернизацию системы подготовки кадров;

- организация практики обучающихся по совместным образовательным программам в зарубежных партнерских организациях высшего образования, в странах их местонахождения и в организациях других стран;

- поддержка развития педагогического потенциала, активное совершенствование педагогических технологий и методов обучения;

- развитие и укрепление долгосрочных связей с ведущими образовательными организациями, научными центрами и бизнес-сообществами зарубежных стран в сфере образования и науки, повышение потенциала организаций высшего образования Республики Узбекистан;

- совместное проведение научных конференций и семинаров, организация стажировок и реализация международных научных и образовательных проектов.

Огромную роль в этом процессе играет плотное научно-образовательное сотрудничество с Российской Федерацией.

Первый российско-узбекский образовательный форум состоялся в октябре 2018 года в Ташкенте в рамках государственного визита Владимира Путина в Узбекистан. Тогда его участниками стали ректоры более 200 вузов. По итогам дискуссий стороны подписали порядка 130 соглашений о сотрудничестве и реализации совместных образовательных программ и проектов между университетами двух стран.

В мае 2019 года стороны приняли соглашение о взаимном признании образования и квалификации, ученых степеней Узбекистана и России.

Специалисты из Узбекистана обучаются по программам двойных дипломов по приоритетным техническим, естественно-научным и гуманитарным направлениям. При этом количество вузов, включенных в программу, продолжает увеличиваться.

В ходе реализации дорожной карты, принятой по итогам Первого Российско-Узбекского образовательного форума Ректора Оренбургского государственного медицинского университета и Ташкентского государственного стоматологического института, подписали меморандум о сотрудничестве. В рамках этого меморандума идёт подготовка специалистов по направлению «Клиническая психология».

В рамках программы 3+2 между Ташкентским стоматологическим институтом и Оренбургским медицинским университетом с 2019-2020 учебного года действует бакалавриат по направлению «Клиническая психология». Продолжительность обучения в бакалавриате составляет всего 5 лет, первые 3 года студенты учатся в Ташкентском государственном стоматологическом институте, а последующие 2 года в Оренбургском медицинском университете, получают дипломы двух государственных вузов.

После окончания курса клинических психологов наши выпускники работают клиническими психологами по специальности клинические психологи. Они становятся специалистами по «Клинической психологии» и работают «психотерапевтами», «нейропсихологами», «психоневрологами» во всех больницах и научных центрах нашей Республики. Степень бакалавра в отделах, научных лабораториях и психосоматических отделениях, которые открываются в «Клинической психологии», работают те, кто закончил с отличием и в совершенстве владеет иностранными языками.

В то же время в нашей республике планируется открытие «психосоматических отделений» в научных и медицинских центрах, клиниках медицинских институтов и областных клинических больницах. Для этого должно быть достаточно специалистов, получивших степень бакалавра по специальности «Клиническая психология». В этих отделениях проходят лечение больные со следующими психосоматическими расстройствами.

- Заболевания, вызванные сильными или стойкими психическими травмами;
- цефалгии психогенного характера;
- кардиалгии;
- синдром раздраженного кишечника;
- ревматоидный артрит;
- сексуальные расстройства психогенного типа;

- урологические заболевания функционального типа и др.

По происхождению болезни 70% р вызывают психосоматические расстройства. Именно поэтому количество медицинских психологов, работающих в медицинских центрах развитых зарубежных стран, почти в 2 раза превышает количество врачей. В этих странах пациентов осматривает медицинский психолог, независимо от того, на какую специальность они жалуются. Потом его направляют к другим врачам. Медицинский психолог – высококвалифицированный специалист, такой же, как невролог и психиатр.

Клиническая психология – научно-прикладная отрасль психологии, изучающая закономерности психических свойств, процессов и состояний у людей, страдающих различными заболеваниями, разрабатывающая методы клинической психодиагностики, психологической помощи, психопрофилактики и психогигиены.

Содержание клинической психологии определяется, прежде всего, потребностями клиники – психиатрической, неврологической, соматической. Иными словами, задачами психологической диагностики и психологической помощи больным.

Система подготовки клинических психологов предоставляет ставшую уникальной для Узбекистана возможность получения диплома специалиста.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

Султонова К.Б., Шарипова Ф.К.
Ташкентский педиатрический
медицинский институт

Введение. Изменения эмоциональной сферы у детей и подростков на фоне сахарного диабета первого типа являются ключевым вопросом психондокринологии. Своевременная и эффективная психокоррекция нарушений тревожно-депрессивного и фобического спектра невротического уровня у детей и подростков с психосоматической патологией способствует сохранению адаптационного

потенциала личности. В последние десятилетия актуальными становятся вопросы комплексного подхода к лечению и организации психосоциальной реабилитации, социальной адаптации и коррекции тревожно-фобической и депрессивной симптоматики у детей и подростков с сахарным диабетом первого типа. Анализ литературных источников обнаружил недостаточную изученность влияния сахарного диабета первого типа на психоэмоциональное состояние подростков школьного возраста, чем и обусловлено данное исследование (Babarakhimova S.B., Sharipova F.K., 2017).

Цель исследования: изучить влияние сахарного диабета первого типа на формирование аффективных нарушений и эффективность арт-терапии для редукации эмоциональных нарушений у подростков с сахарным диабетом I типа.

Материалы и методы исследования: в Республиканском специализированном научно-практическом центре эндокринологии была набрана группа из 110 подростков в возрасте 10-18 лет с верифицированным диагнозом СД I типа, находившихся на амбулаторном лечении, получавших комплексную терапию в виде фармакотерапии и психотерапии в течение 3-х месяцев наблюдения. Для выявления эмоциональных изменений использовался экспериментально-психологический метод исследования - восьмицветовой тест Люшера. Уровень тревожности определялся с помощью методики Г.В. Резяпкиной. Использовался метод определения копинг-стратегий для детей школьного возраста, разработанной И.М. Никольской и Р.М. Грановской. Для редукации психоэмоциональных изменений у подростков проводились групповые и индивидуальные занятия методом арт-терапии медицинскими психологами и психотерапевтами в течение 3-х месяцев по специально разработанной реабилитационной программе.

Результаты: На инициальном этапе исследования клинко-психопатологическим методом путём расспроса, наблюдения за пациентами и сбором анамнестических сведений со слов родителей и близких были установлены клинические варианты нарушений аффективной сферы у подростков, среди которых депрессивные расстройства определялись у 96,6% подростков, тревожные расстройства у 86,1% подростков, дисфорические – у 28,6%, фобические – у 54,7% обследованных пациентов.

На следующем этапе исследования с помощью восьми цветового теста Люшера были исследованы изменения в психоэмоциональной сфере обследуемых пациентов, которые определили, что у 96,6% обследованных подростков регистрируются признаки депрессивного расстройства невротического регистра легкой или умеренной степени клинических проявлений. У подростков на фоне гипергликемии развивались дисфорические состояния, достаточно длительные периоды пониженного настроения с внутренней напряженностью, отмечались суточные колебания настроения, снижение мотивационной деятельности, ухудшение внутрисемейных взаимоотношений. На фоне депрессивных расстройств у подростков значительно снижалась школьная успеваемость (58%), отсутствие желания продолжать учебу (25%), появились конфликты со сверстниками и поведенческие нарушения (60%), суицидальные мысли и тенденции (15%). В обследованной группе в ходе тестирования с помощью теста Г.В. Резяпкиной, выявлено наличие тревожных расстройств, различной степени выраженности у подростков, среди них было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (67,8%), у 20,7% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 11,5% подростков – констатировалась выраженная тревога. Тревога усиливалась в основном во второй половине дня и была связана с переживаниями по поводу соматического заболевания. Тревожность сопровождалась формированием депрессивных расстройств легкой и умеренной степени, что позволяет сформулировать понятие о коморбидности аффективных нарушений и сахарного диабета первого типа. Структура аффективных расстройств менялась в зависимости от этапа и тяжести течения сахарного диабета. На этапе высокого уровня гипергликемии у 26 подростков (86%) были выражены: тревожно-фобические нарушения, аффективные колебания, эмоциональная лабильность с раздражительностью. В 75% случаев симптомы депрессивного регистра были первыми клиническими проявлениями обострения заболевания. У подростков выявлены достаточно длительные периоды астенических состояний с внутренней напряженностью (23%), вспышки агрессии (27%), навязчивые страхи (16%). Дистимия регистрировалась в 98,0% случаев. В результате изменений эмоционального состояния у подростков значительно снижалась самооценка (77%), нарушалась стрессоустойчивость к внешним

факторам (65%), формировались тенденция к изоляции (70%), суицидальные намерения (15%). Механизмы психологической защиты и стили дезадаптивного поведения определяли с помощью копинг-стратегий для детей школьного возраста, разработанной И.М. Никольской и Р.М. Грановской, которые выявили что для пациентов с данной психосоматической патологией характерны агрессивные и конфронтационные поведенческие реакции. Основными целями проводимой психокоррекции являлись проведение арт-терапии и улучшение социальной адаптации подростков (формирование мотивации к социальной активности). На инициальном этапе реабилитационной программы наши специалисты старались проводить занятия в рамках такой психотерапевтической техники как арт-терапия. В ходе проведения арт-терапии была предложена новая форма деятельности в рамках прикладного искусства: орегами, лепка из белой глины, бисероплетение, аппликации стразами, декупаж, изготовление украшений, роспись по стеклу, дереву, плетение макраме, вышивание на пяльцах цветными нитями мулине.

Практически у всех подростков (98,8%) отмечалась положительная динамика – они быстрее и эффективнее начинали справляться с заданиями, направленными на раскрытие творческого потенциала, фантазии, воображения, возможности проявить самовыражение, свой внутренний мир посредством искусства. В то же время мы обратили внимание, что в ходе проведения тренингов происходит не только улучшение внутрисемейных взаимоотношений, но и оживление эмоционального комплекса, появление интереса к окружающим, желание продолжать занятия, улучшение социального функционирования, редукция тревожно-фобических проявлений. Подростки проявляли большой интерес к творческому самовыражению, предлагали собственные варианты арт-терапии. По сведениям родителей, подростки стали более активны в быту и с особой эмоциональностью рассказывали о занятиях и демонстрировали результаты творческого труда.

Вывод. Таким образом, проведённое исследование выявления влияния сахарного диабета I типа на формирование аффективных нарушений у подростков определило, что в большей мере наблюдаются тревожно-депрессивные расстройства у пациентов. В ходе

проведённой арт-терапии регистрировались значительные улучшения в психоэмоциональной сфере и возможность адаптироваться подросткам к быстро изменяющимся условиям социума.

СРАВНЕНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОГИ У РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ В 2020 И 2022 ГОДУ

**Сюняков Т.С., Морозова А.Ю., Зоркина Я.А.,
Савенкова В.И., Алексеева П.Н., Щелканова И.О.,
Андреюк Д.С., Костюк Г.П.**

Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения «Психиатрическая
больница №1 им. Н.А.Алексеева»,
г. Москва, Российская Федерация
Международный научно-образовательный
центр нейropsychиатрии, г. Самара, Российская Федерация
Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр наркологии,
г. Ташкент, Республика Узбекистан
Sjunja@gmail.com

Пандемия COVID-19, объявленная ВОЗ в марте 2020 года, ассоциировалась с установленным в многочисленных исследованиях по всему миру беспрецедентным усилением уровня тревожности и депрессии в общей популяции [Fountoulakis N. et al., 2022]. Кроме того, повышенный уровень тревожности поддерживался сопутствующей пандемии инфодемии [ВОЗ, 2020]. Одной из наиболее уязвимых групп в отношении угрозы здоровью и жизни в условиях начальных этапов пандемии, когда еще не была создана вакцина, не были ясны факторы риска, способы передачи инфекции и не существовало протоколов установленных протоколов лечения, являлись работники сферы здравоохранения. В российских исследованиях у них более часто по сравнению с общей популяцией выявлялось усиление тревоги, но не депрессии (Smirnova D. et al., 2022). К 2022 году были разработаны несколько вакцин и клинические рекомендации, а вирус после нескольких волн пандемии претерпел мутации и потерял свои наиболее опасные патогенные свойства. Наряду с этим ослабел и напор инфодемии: информация о

COVID-19 исчезла из актуальных новостных сводок. С учетом этого можно было бы ожидать, что уровень дистресса среди медицинских работников снизится. Тем не менее, в России таких исследований не проводилось.

Цель данного исследования – сравнить уровень тревожности и депрессии у работников сферы здравоохранения России в 2020 и 2022 годах. Гипотеза исследования заключается в том, что уровень тревожности и депрессии у работников системы здравоохранения Российской Федерации снизился.

Методы. Для того, чтобы ответить на цель исследования из баз данных двух исследований (первое – исследование Karpenko et al. (2020), второе – исследование по гранту No. 2707-1/22) были отобраны работники сферы здравоохранения. Оба исследования представляют собой онлайн опрос (в исследовании по гранту No. 2707-1/22 группа здоровых добровольцев обследована с помощью онлайн опроса), набор участников в которые осуществлялся методом «снежного кома». Для получения сопоставимых выборок среди отобранных участников проведен поиск по типу «случай-контроль» по параметрам пола, уровня образования и профессионального статуса (точное совпадение) и возрасту (с допустимой разницей в 2 года), которые и составили популяцию данного исследования. Основным оцениваемым параметром в исследовании являлась доля участников с высоким уровнем тревожности и депрессии по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression scale), оцениваемых по суммарному баллу по подшкалам тревоги (HADS-A) и депрессии (HADS-D). Высокий уровень тревоги и депрессии в данном исследовании определялся как суммарный балл по соответствующей подшкале ≥ 11 . Дополнительным оцениваемым показателем являлся суммарный балл по подшкалам HADS-A и HADS-D.

Статистический анализ проводился с помощью программного обеспечения MedCalc® Statistical Software version 20.218 (MedCalc Software Ltd, Ostend, Belgium; <https://www.medcalc.org>; 2023). Общая характеристика популяции исследования производилась методами описательной статистики с указанием средних значений (M) и стандартных отклонений (SD) для непрерывных переменных и абсолютных и относительных частот для категориальных переменных. Сравнение частот между выборками 2020 и 2022 года

проводилось методом χ^2 , а сравнение средних значений непрерывных переменных с помощью однофакторного дисперсионного анализа ANOVA для случайных эффектов.

Финансирование

Данная работа поддержана грантом Московского центра инновационных технологий в здравоохранении No. 2707-1/22.

Результаты

Популяцию исследования составили 174 участника, работающих в сфере здравоохранения: по 87 из баз данных исследований 2020 и 2022 года. В соответствии с критериями отбора группы 2020 и 2022 года не различались по полу, характеру занятости и уровню образования. В обеих группах преобладали женщины ($n=54$, 62.1% в каждой группе, $\chi^2 = 0.0$, $df = 1$, $p = 1.0$), работающие на момент исследования ($n=83$, 95.4% в каждой группе, $\chi^2 = 0.0$, $df = 2$, $p = 1.0$) и имеющие высшее образование ($n=80$, 92.0%, $\chi^2 = 0.0$, $df = 1$, $p = 1.0$). Вместе с тем группы 2020 и 2022 года различались по распределению участников по семейному статусу: по 49 человек (56.3%) в каждой группе состояли в браке, число не состоящих в браке в 2020 и 2022 году составило $n=38$ (43.7%) и $n=29$ (33.3%), а разведенных – $n=0$ (0%) и $n=9$ (10.3%) ($\chi^2 = 10.209$, $df = 2$, $p = 0.006$).

Доли лиц с выраженной тревогой (суммарный балл по подшкале HADS-A) в 2020 и 2022 году статистически значимо различалась ($p=0.008$ для тревоги, точный критерий Фишера) и составили 4.6% ($n=4$) и 18.4% ($n=16$), соответственно. В отношении высоких уровней депрессии статистически значимых различий между группами 2020 и 2022 годов выявлено не было ($n=2$ (2.3%) в каждой группе, $p=1.0$, точный критерий Фишера).

Дисперсионный анализ ANOVA со случайными эффектами выявил статистически значимый эффект фактора года (2020 г. в сравнении с 2022 г.) как в отношении суммарного балла по подшкале HADS-A ($F=20.751$, $df=1$, $p<0.043$, размер эффекта $\eta^2=0.108$), так и по подшкале HADS-D ($F=4.177$, $df=1$, $p<0.001$, размер эффекта $\eta^2=0.024$). В 2020 году среднее значение [границы 95% доверительного интервала] выраженности тревоги по шкале HADS составило 4.126 [3.359; 4.894], а в 2022 году - 6.632 [5.864; 7.400]. Суммарный балл по подшкале депрессии в 2020 году составил 3.253 [2.664; 3.842], а в 2022 году – 4.115 [3.526; 4.704].

Обсуждение

В нашем исследовании, вопреки гипотезе исследования, мы обнаружили не снижение, увеличение доли лиц с высокими степенями тревоги, но не депрессии среди работников системы здравоохранения РФ за период с 2020 по 2022 гг. Частота высоких степеней тревоги среди них выросла в 4 раза с 4.6% в 2020 г. до 18.4% в 2022 г., тогда как частота высоких степеней депрессии осталась неизменной, сохранившись на невысоком уровне (2.3%). При этом оценка средней тяжести тревоги и депрессии продемонстрировала, что вместо ожидаемого снижения в 2022 году наблюдалось статистически значимое увеличение выраженности и тревоги, и депрессии.

Полученное в нашем исследовании распределение лиц с высокими степенями тревоги и депрессии в 2020 г. согласуется с ранее опубликованными данными, выявившим, что в период пандемии среди медицинских работников по сравнению с общей популяцией отмечались более высокие уровни тревоги и значительно более низкие уровни депрессии [Smirnova D. et al., 2022].

На момент регистрации данных исследования Karpenko et al. (2020) (апрель 2020 г.) пандемия COVID-19 являлась беспрецедентным по своим масштабам и непредсказуемости серьезным стрессогенным фактором, а работники медицинских учреждений были подвержены большему числу стрессогенных воздействий в тот период, включая особенности работы в красных зонах, напряженность рабочего графика, контакт с инфицированными и отсутствие полноценного понимания рисков. Снижение смертности и появление большего контроля за распространением коронавирусной инфекции ввиду широкого внедрения вакцинации и разработки протоколов лечения, наблюдавшееся в 2021 и 2022 годах в соответствии с нашими ожиданиями должно был привести и к снижению уровня тревоги и депрессии. В качестве потенциального объяснения полученных нами противоположных ожиданиям результатов может выступать существование в 2022 г. более серьезного хронического непредсказуемого стрессогенного фактора.

Заключение

Гипотеза о снижении частоты выраженных уровней тревоги и депрессии у медицинских работников РФ за период с 2020 по 2022 год не подтвердилась. Более того, мы наблюдали увеличение доли

лиц с высокими уровнями тревоги и усиление средней тяжести тревожных и депрессивных расстройств.

ОСОБЕННОСТИ ВРАЖДЕБНОСТИ И АГРЕССИВНОСТИ У ПОДРОСТКОВ С НЕСУИЦИДАЛЬНЫМ САМОПОВРЕЖДАЮЩИМ ПОВЕДЕНИЕМ

**Тагильцева Е.В.¹, Паша В.Н.²,
Чупрунова М.А.³, Сафарова Д.С.⁴**

^{1,3,4} Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Новосибирск, Россия

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия
leiderline@mail.ru, pasha-vasily456@yandex.ru, mashaza3@gmail.com, d.safarova17@gmail.com

Актуальность. Несуицидальное самоповреждающее поведение (НСПП) – это феномен, широко обсуждаемый в настоящее время специалистами из различных областей науки. В МКБ-11, самоповреждение определяется как несуицидальное членовредительство – преднамеренное самоповреждение тела, с расчётом на то, что травма приведет лишь к незначительному физическому вреду. Интерес к данной теме повышает необходимость разграничения самоповреждений, которые не ведут к совершению самоубийства, с их дальнейшим определением в отдельную категорию. В настоящее время НСПП является критической проблемой охраны психического здоровья среди подростков, поскольку реализация такого рода поведения способна приводить к непреднамеренным суицидам. НСПП, по мнению ряда исследователей, может реализовываться как на клиническом, так и на доклиническом уровне и приводить к

психологическим проблемам, связанным с личностными характеристиками, в числе которых находятся враждебность, тревожность, агрессивность и так далее. С другой стороны, данные личностные особенности могут выступать предиктором НСПП, что обуславливает актуальность данного исследования.

Цель исследования. Изучить особенности враждебности и агрессивности, а также их взаимосвязь с содержанием опыта и функциями самоповреждений у подростков с несуицидальным самоповреждающим поведением.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ФГБОУ ВО СПбГПУ и МОБУ СОШ «Муринский центр образования №1» на выборке из 40 подростков в возрасте 15-20 лет (средний возраст $17\pm 0,4$). Использовались 4 методики: опросник враждебности Басса-Дарки, ВДНІ (Адаптация-Ениколопов), тест внутренней агрессивности (С. Дайхофф), опросник суицидального риска Т.Н. Разуваевой и анкета, направленная на выявление опыта НСПП, результаты которой в дальнейшем позволили разделить исследуемую выборку на 2 подгруппы: 20 человек – с выявленным НСПП (основная группа), 20 человек – без выявленного НСПП (контрольная группа). Для обработки результатов был использован U-критерий Манна-Уитни и корреляционный анализ по непараметрическому критерию Ч. Спирмена.

Результаты. Исследование уровня враждебности не выявило значимых различий по основным шкалам между основной и контрольной группами: агрессивность ($p=0,54$), враждебность ($p=0,99$). Сопоставление полученных результатов с интерпретацией методики свидетельствует о повышенном уровне враждебности у обеих групп (48-58 баллов), среднем уровне агрессивности у контрольной группы (39-49 баллов) и повышенном уровне агрессивности у основной группы, заметно небольшое увеличение уровня индекса агрессии у основной группы, что может свидетельствовать о тенденции подростков с выявленным НСПП к более активным внешним реакциям агрессии в отношении конкретных лиц. По субшкале «Косвенная агрессия», выявлено значимое различие между группами ($p=0,00294$). У группы подростков с выявленным НСПП – 42 балла, у группы подростков без выявленного НСПП – 55,6 баллов. Результат показывает, что подростки без выявленного НСПП предпочитают проявлять косвенную агрессию, в сравнение с

прямой. Возможно, жертвой для прямой агрессии у лиц с выявленным НСПП, являются они сами. По субшкале «Раздражение», также было выявлено значимое различие ($p=0,00206$). У группы с выявленным НСПП – 50 баллов, а у группы без выявленного НСПП – 74,2 балла. Результат может сообщать о низкой раздражительности у подростков, наносящих себе самоповреждения, в сравнении с подростками, которые этого не делают. По субшкале «Подозрительность», было выявлено значимое различие между основной и контрольной группами ($p= 0,03242$). У группы лиц с выявленным НСПП – 38 баллов, а у группы без выявленного НСПП – 53 балла.

По результатам анализа средних показателей методики «Внутренней агрессивности (С. Дайхофф)», выявленных значимых различий между основной и контрольной группой не наблюдается ($p=0,49$). По интерпретации результатов исследования, сделан следующий вывод: у группы подростков с выявленным НСПП низкий уровень контроля гнева (21-30 баллов), что может свидетельствовать о наличии жизненных проблем и крайней необходимости научения контролю над своим гневом. У подростков без выявленного НСПП средний уровень контроля гнева (11-20), что, согласно методике, говорит об агрессивности в пределах нормы, но с рекомендацией осознавать свой гнев и научиться с ним обращаться.

В результате проведения математического анализа средних показателей методики «Опросник суицидального риска (Шмелева А.Г.)» были выявлены значимые различия по шкале «Несостоятельность» ($p=0,001$) между группой подростков с выявленным НСПП и группой без выявленного НСПП. Данный результат указывает на предпочтение подростков с НСПП создавать отрицательную концепцию собственной личности, чувствовать свою несостоятельность, некомпетентность и ненужность. Данная шкала выражает интрапунитивный радикал, что подходит данной группе подростков с выявленным НСПП. Результат 6,9 баллов из 7,5 возможных, говорит о крайне высокой выраженности критерия. У группы без выявленного НСПП результат по данной шкале 3,3 балла, что говорит о низкой выраженности. Результаты по шкале аффективности ($p=0,077$) незначительно различаются в двух группах: у подростков с выявленным НСПП результат составляет 4,18 из 6,6 баллов, что

репрезентирует тенденцию к преобладанию эмоционального компонента реагирования над интеллектуальным контролем в оценке ситуации; у подростков без выявленного НСПП результат 3,08 из 6,6 баллов, что свидетельствует о среднем уровне аффективности. Шкала «Антисуицидальный фактор» ($p=0,298$) выявила различие между группами. Результат у группы подростков с выявленным НСПП ниже, чем у группы подростков без выявленного НСПП, что может быть связано с особенностями людей, наносящих себе самоповреждения.

Согласно интерпретации, средний результат 4,9 из 6,4 баллов у группы подростков с выявленным НСПП – повышенная выраженность критерия, что свидетельствует о снижении глобального суицидального риска через осознание чувства ответственности перед близкими. Средний результат 6,02 из 6,4 баллов у группы подростков без выявленного НСПП – очень высокая выраженность критерия, что свидетельствует о сильном снижении глобального суицидального риска.

При анализе корреляционной плеяды для группы подростков с выявленным НСПП обнаружены следующие взаимосвязи: «Внутренняя агрессивность» положительно коррелирует со шкалами «Раздражение» ($r=0,693$; $p<0,01$), «Обида» ($r=0,644$; $p<0,05$), «Подозрительность» ($r=0,529$; $p<0,05$), «Вербальная агрессия» ($r=0,482$; $p<0,05$), «Враждебность» ($r=0,469$; $p<0,05$). Выявленные взаимосвязи могут свидетельствовать о том, что для данной группы подростков характерна склонность к повышенным проявлениям агрессии, направленной как на других, так и на себя, что может проявляться в чрезмерной напряженности и раздражительности. Также имеет место тенденция к скрытой агрессивности, которая может проявляться обидой, подозрительностью, враждебным отношением к окружающим, а также вербальным выражением недовольства и агрессии.

Выводы. Таким образом, при исследовании враждебности было выявлено, что среди подростков с выявленным НСПП наблюдается тенденция к более активным внешним проявлениям агрессии в отношении конкретных лиц, а также, что подростки без выявленного НСПП предпочитают косвенно выражать агрессию, обладают большим уровнем раздражительности и подозрительности. Имеются различия в уровне контроля гнева: группа подростков с

НСПП в меньшей степени способна к управлению отрицательными эмоциональными реакциями. При исследовании суицидального риска также выявлены значимые различия: подростки с НСПП более склонны к ощущению своей несостоятельности, эмоциональной захваченности при оценки жизненных ситуаций, что повышает риск возникновения суицидального поведения. Корреляционный анализ позволяет сделать вывод, что для группы подростков с выявленным НСПП характерна склонность к повышенным проявлениям агрессии, что может проявляться чрезмерной напряженностью и раздражительностью, а также обидой, подозрительностью, враждебным отношением к окружающим и вербальным выражением недовольства и агрессии.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ

**Таджибаев У.А.^{1,2}, Ашуров З.Ш.^{1,2},
Хайрединова И.И.^{1,2}**

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр наркологии, Ташкентская область, Республика Узбекистан

²Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Республика Узбекистан
uktamaskar@mail.ru

Актуальность. Все многообразие воздействия хронической алкогольной интоксикации на организм и множественные его последствия, включая кардиомиопатию, цирроз печени, периферическую невропатию и деменцию, хорошо изучены и известны как широкой общественности, так и медицинскому сообществу. При этом алкоголь широко не рассматривали в качестве вещества, способного повредить легким. Понимание влияния злоупотребления алкоголем на само легкое изменилось, когда в 1996 г. был опубликован эпидемиологический отчет, впервые указавший на то, что злоупотребление алкоголем самостоятельно увеличивало риск развития острого респираторного дистресс-синдрома. Характерной

особенностью пневмоний у больных алкоголизмом является длительное и тяжелое ее течение со склонностью к деструкции, часто без четкой клинической картины (стертость клинических проявлений): часто отсутствуют лихорадка, воспалительные изменения лейкоцитарной формулы, присутствие скудной физикальной симптоматики. Имеет место превалирование симптомов общей интоксикации с признаками поражения центральной нервной системы, спутанностью сознания, делирием смешанного генеза. Особое место среди всех этих изменений занимает нарушение метаболизма лекарственных средств (при наличии алкогольного поражения печени с нарушением ее функции). Точные механизмы, с помощью которых алкоголь ухудшает иммунную функцию альвеолярных макрофагов, пока не установлены. Пациенты с хроническим заболеванием печени, особенно на стадии цирроза, могут быть более восприимчивыми к COVID-19 из-за системного иммунодефицитного состояния. Помимо влияния цирроза печени на иммунную систему печени, изменяется клеточный и гуморальный иммунный ответ всего организма. Пациенты с циррозом печени подвержены повышенному риску неблагоприятного исхода при инфицировании SARS-CoV-2.

Цель исследования: изучить клинические особенности течения COVID-19 у пациентов с циррозом печени алкогольной этиологии.

Материалы и методы. Работа проводилась в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре наркологии. Были обследованы 53 пациента с диагнозом алкогольная зависимость, осложненная хроническим заболеванием печени.

Результаты и обсуждения. По данным ретроспективного анализа пациентов (n=53), подтвержден COVID-19 обнаружен на 1-7 день госпитализации у 13,2% (7/53) пациентов, а перенесенной COVID-19 (подтвержденный в анамнезе) выявлены у 86,8 % (46/53). Вакцинированные пациенты от COVID-19 в исследование не включались. Следует отметить, что по данным нашего исследования, 76% (35/46) пациентов, перенесшие коронавирусную инфекцию, не имели характерных для COVID-19 симптомов. Однако, причиной госпитализации в стационар послужила декомпенсация хронического заболевания печени в течение предшествующих 2-4 недель.

Таким образом, возможно предположить наличие атипичной картины течения новой коронавирусной инфекции у большинства пациентов с хроническим заболеванием печени, особенно на стадии цирроза печени. Клиническая картина COVID-19 у данных пациентов характеризовалось отсутствием респираторных симптомов, выраженного подъема температуры, наличием признаков декомпенсации основного заболевания. В анализируемом клиническом наблюдении типичные симптомы COVID-19 у пациентов также отсутствовали. Поводом для обследования на наличие COVID-19 амбулаторно послужило наличие респираторных симптомов у родственников. После непродолжительного периода (1 неделя) у пациента были выявлены признаки декомпенсации цирроза печени. С момента регистрации COVID-19 значительно возросло количество случаев тромбоз воротной вены. Тромбозы различной локализации являются одним из частых осложнений новой коронавирусной инфекции, как в момент заболевания, так и в постковидном периоде. По данным различных обзоров частота тромботических осложнений колеблется от 7 до 40 %. Наиболее частыми локализациями тромбозов являются глубокие вены голени с развитием, в ряде случаев, тромбоза легочной артерии. 25 % пациентов, после выздоровления от COVID-19 отмечали различные жалобы от небольшой слабости (84,2%) до развития проблем с памятью (51,1%) и одышки (93%). Постковидный синдром оказывает значительное влияние на качество жизни пациентов, их трудоспособность. В представленном наблюдении проявлением постковидного синдрома была умеренная общая слабость, которая сохранялась у пациентов на протяжении 5-6 месяцев (68,3%) после выздоровления от COVID-19.

Выводы. В динамике отмечены выраженные проявления постковидного синдрома у большинства пациентов перенесших COVID-19 с хроническим заболеванием печени алкогольной этиологии. Таким образом, эта группа пациентов требует активных профилактических мер (ношение средств индивидуальной защиты, тщательная обработка рук, ограничение посещения массовых мероприятий), а также обязательной вакцинопрофилактики против новой коронавирусной инфекции. Значительное количество пациентов с хроническим заболеванием печени при COVID-19 имеют атипичное течение инфекции, что ограничивает выявление,

своевременное лечение данной группы пациентов, а также профилактику осложнений, в том числе тромботических. Диагностика COVID-19 у пациентов с хроническим заболеванием печени должна основываться на определении маркеров SARS-CoV-2, особенно при наличии эпизодов декомпенсации. Отдаленный прогноз и особенности течения хроническим заболеванием печени алкогольной этиологии в постковидном периоде требуют дальнейшего наблюдения и изучения у данной категории больных.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЁР В СТРУКТУРЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**Саттарова З.Р., Мирдадаева Д.Д.,
Одилова М.А.**

Кафедра общественного здоровья и
управления здравоохранением, ТашПМИ

Актуальность: На сегодняшний день изучение психологических особенностей медицинских сестёр в частности типов темпераменты становится актуальной проблемой в связи необходимостью учета свойств личности в процессе обучения и работы в структуре первичного звена здравоохранения. По мнению психологов, темперамент влияет на проявление черт характера, на уровень дисциплины и поведение при выборе дальнейшей сферы деятельности. Особенно остро это проявляется в стрессовых ситуациях, с которыми связана быстрота действий для выбора направления в медицинской практике. По мнению ученых, в настоящее время «институт образования латентно выполняет дисфункцию охраны здоровья, поскольку цели и задачи образования достигаются зачастую ценой разрушения здоровья детей и молодежи»

Цель исследования: Изучение типов темперамента, уровня экставерсии и нейротизма у медицинских сестёр в структуре первичного звена здравоохранения

Материалы и методы исследования: Было исследовано 45 медицинских сестёр на базе клиники Ташкентского Педиатрического Медицинского Института. Был использован: патопсихологический

метод исследования (Личностный опросник Г. Айзенка (ЕРІ)) Результаты были обработаны методом вариационной статистики.

Результаты исследования: Результаты проведенного исследования показали, что среди опрошенных у 10 % имели место «ложные» результаты. А результаты остальных – 90% опрошенных в дальнейшем было подвергнуто анализу типов темперамента, уровня экстраверсии и нейротизма. При этом интроверты составили 47%, а экстраверты 53%. Были получены следующие данные: сангвиники составили 26,5%, флегматики 25,3 %, холерики 24,7% , меланхолики – 23,5%. Уровень нейротизма был высоким у 48 % медицинских сестёр, средний уровень – у 27 % и низкий – у 25% опрошенных.

Заключение: Выявленные типы темперамента и ими обусловленные характерологические особенности медицинских сестёр, помогут для дальнейшей разработки тактик для усовершенствования терапевтического процесса и применения их в клинической деятельности.

ВРЕМЕННАЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Е.В.Трященко, О.В.Петрунко
Иркутский областной психоневрологический диспансер, Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО, Иркутск, Россия *petrounko@mail.ru*

В период пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 отмечен рост психических и поведенческих расстройств, что является значимой проблемой для отечественного здравоохранения. Ухудшение эпидемической обстановки в нашей стране, режим самоизоляции, нарастание страха в обществе на фоне панических слухов и дезинформации, распространяемых в социальных сетях и средствах массовой информации затронули наиболее уязвимую группу пациентов, страдающих психическими заболеваниями, и

поставили перед нашей психиатрической службой неотложные организационные и лечебные задачи (Мосовов С.Н., 2020). Новым вызовом для психиатрической службы стали частые психопатологические проявления длительного постковидного синдрома, с необходимостью организации своевременной диагностики, лечения и реабилитации пациентов с затянувшимися последствиями острой коронавирусной инфекции.

Цель исследования: провести анализ динамики показателей временной нетрудоспособности при психических и поведенческих расстройствах в период пандемии новой коронавирусной инфекции в 2020-2022 гг. у стационарных пациентов ОГБУЗ Иркутский областной психоневрологический диспансер (ИОПНД).

Материалы и методы. Проведен анализ показателей временной нетрудоспособности при психических и поведенческих расстройствах у стационарных пациентов ОГБУЗ ИОПНД в период пандемии новой коронавирусной инфекции в 2020-2022 гг. в сравнении с показателями 2019 г. Рассчитано количество случаев и дней временной нетрудоспособности, длительность случая временной нетрудоспособности.

Результаты и выводы. ОГБУЗ ИОПНД находится в г.Иркутске, где имеет 675 коек (375 - психиатрических, 300 – наркологических). Филиалы ОГБУЗ ИОПНД расположены в городах Иркутской области: г.Тулун (140 коек), г.Ангарск (255 коек), г.Черемхово (120 коек), г.Усть-Илимск (165 коек), г.Братск (230 коек), г.Усолье-Сибирское (120 коек) и поселке Усть-Ордынский (25 коек).

В 2019 г. до пандемии новой коронавирусной инфекции количество случаев временной нетрудоспособности при психических и поведенческих расстройствах составило 1216, количество дней нетрудоспособности – 28731 дней, среднее пребывание на листке нетрудоспособности - 23,6 дней. По нозологическим формам в 2019 г. показатели временной нетрудоспособности распределились следующим образом (количество случаев нетрудоспособности, количество дней нетрудоспособности, длительность случая временной нетрудоспособности): F00-09 Органические, включая соматические психические расстройства (172; 4573 дней и 26,6 дней соответственно); F10-19 Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (458; 5470 дней и 11,9 дней соответственно); F20-29 Шизофрения, шизотипические

и бредовые расстройства (146; 5464 дней и 37,4 дней соответственно); F30-39 Расстройства настроения (122; 4469 дней и 36,6 дней соответственно); F40-49 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (284; 7807 дней и 27,5 дней соответственно); F60-69 Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (28; 738 дней и 26,4 дней соответственно); F70-79 Умственная отсталость (6; 210 дней и 35 дней соответственно). В 2019 г. подавляющее большинство случаев временной нетрудоспособности было в связи с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ – 458, однако в связи с относительно небольшой длительностью случая временной нетрудоспособности (11,9 дней), количество дней временной нетрудоспособности составило лишь 5470 дней. Самый высокий показатель среднего пребывания на листке нетрудоспособности 37,4 дней отмечен при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра.

В период пандемии новой коронавирусной инфекции в 2020-2022 гг. в сравнении с показателями 2019 г. существенно сократилось число госпитализированных пациентов, и, соответственно, количество случаев временной нетрудоспособности при психических и поведенческих расстройствах до 831 в 2020г., 959 в 2021г. и 920 в 2022 г. Также отмечено сокращение количества дней нетрудоспособности до 17588 дней в 2020г., 20393 дней в 2021г. и 19057 дней в 2022 г. Значительные отличия показателей временной нетрудоспособности при психических и поведенческих расстройствах в период пандемии новой коронавирусной инфекции в сравнении с 2019 г. по нозологическим формам зарегистрировано в 2020 г., когда были самые строгие карантинные ограничения и затрудненный доступ к медицинской помощи. Так, существенно снизилось число госпитализированных пациентов, и, соответственно, количество случаев временной нетрудоспособности при психических расстройствах и расстройствах поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ, с 425 в 2019 г. до 372 в 2020 г.; при органических, включая соматические психические расстройства, с 172 в 2019 г. до 92 в 2020 г.; при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах, с 284 в 2019 г. до 158 в 2020 г.; при расстройствах настроения с 122 в 2019 г. до 67 в 2020 г.

В 2022 году с учетом стабилизации ситуации с коронавирусной инфекцией и улучшением качества оказания помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами удалось снизить длительность случая временной нетрудоспособности с 23,6 дней в 2019 году до 21,3 в 2021 и 20,7 дней в 2022 году.

Анализ динамики показателей временной нетрудоспособности при психических и поведенческих расстройствах в период пандемии новой коронавирусной инфекции в 2020-2022 гг. позволяет сделать вывод о необходимости усовершенствования доступности психиатрической помощи с определением маршрутизации потоков пациентов, с учетом современных алгоритмов оказания помощи, развитием дистанционных форм кризисного консультирования, психотерапевтической и психиатрической помощи нуждающимся людям (телефоны «горячей линии», телемедицинские консультации).

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ

Туйчиев Ш.Т.

Ташкентский педиатрический
медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Коронавирусная инфекция (COVID-19), вызванная инфекцией тяжелого острого респираторного синдрома-коронавируса-2 (SARS-CoV-2), приводит к состояниям здоровья, с которыми сложно справиться. В последнее время вполне обоснованной является обеспокоенность по поводу долговременных последствий пандемии на жизнь и здоровье населения, так называемого постковидного синдрома (Кузьмина А.Е., 2021). Синдром post-COVID-19 - одна из таких проблем, которая становится все более распространенной после пандемии. По некоторым оценкам, от 10 до 35% пациентов с SARS-CoV-2, перенесших острую симптоматическую фазу, испытывают последствия заболевания в течение 12 недель после постановки диагноза.

Цель исследования – изучить особенности психоэмоциональных нарушений у лиц молодого возраста при постковидном синдроме.

Материалы и методы исследования. Критерии включения были: пациенты старше 18 лет; возможность подписать информированное согласие; недавняя инфекция SARS-CoV-2, подтвержденная положительным результатом анализа в течение 3 и 24 недель до включения в исследование; которые согласились пройти обследование психического здоровья, а также заполнить госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS). Во время оценки мы включали только пациентов без предшествующего анамнеза психического здоровья и без каких-либо значительных недавних стрессовых жизненных событий в контексте пандемии (таких как значительные личные или финансовые потери).

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), разработанная Зигмондом и Снайтом, представляет собой шкалу самооценки, которая состоит из 14 вопросов, разделенных на 2 подшкалы по 7 пунктов, касающихся личных опасений по поводу интенсивности депрессии (HADS-D) и тревоги (HADS-A), соответственно. Для анализа данных использовался JMP 16.0

Результаты исследования и их обсуждение. В среднем через 3–6 месяцев после выздоровления у пациентов, перенесших COVID-19, регистрировались приступы выраженной тревоги, сопровождающиеся подъемами артериального давления, учащенным сердцебиением, паническими атаками, агрипнией. Появление таких симптомов, страх перед появившимися новыми симптомами постепенно приводит к формированию у пациентов повышенной озабоченности своим здоровьем, походам по врачам с целью выявления несуществующих заболеваний, навязчивой потребности в проведении необоснованных диагностических исследований. Проанализировав результаты оценки HADS, мы выявили наличие депрессии у 41 субъектов (31,1%), с баллами HADS-D от 14 до 21, 15 (11,36%) с ассоциированной тревогой и еще у 23 с пограничными показателями тревоги. Еще 36 пациентов (27,27%) имели пограничную депрессию более 7 баллов, половина из которых также соответствовала коморбидной пограничной тревожности; 32 обследованных (24,24%) имели стандартные баллы. Результаты исследования показали о более высоком уровне тревожности у госпитализированных пациентов, при этом разница не была статистически значимой.

Выводы. Таким образом, постковидная аффективная симптоматика характеризуется повышенным уровнем тревожности, депрессии и утомляемости, что в свою очередь требует применения не только медикаментозного лечения, но и проведения психотерапевтических реабилитационных мероприятий.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Тураев Б.Т., Мўминов Ж.И.

Республиканский специализированный
научно-практический медицинский
центр наркологии Самаркандский областной
региональный филиал. Самарканд, Узбекистан.
bobir.turaev.89@mail.ru

Актуальность изучения сочетания шизофрении с алкоголизмом связана с широкой распространенностью этой патологии. Психические расстройства, сочетающиеся с алкогольной зависимостью, все чаще становятся объектами пристального изучения, поскольку существуют «на стыке» двух специальностей – наркологии и психиатрии, тем самым, обуславливая трудности диспансеризации, профилактики и лечения пациентов. Доказано, что истинная алкогольная зависимость, сочетающаяся с шизофренией, имеет выраженный наследственный компонент, высокую прогрессивность, превалирующий периодический тип злоупотребления алкоголем с более ранним формированием алкогольного абстинентного синдрома (ААС) с выраженными соматическим и психическим компонентами, возникающими на фоне ААС алкогольными психозами. При очень большом разбросе показателей, отражающих распространенность шизофрении среди больных алкоголизмом и алкоголизма среди больных шизофренией, чаще всего то и другое определяется, приблизительно, в 10% случаев.

Существуют два аспекта взаимовлияния алкоголизма и шизофрении. Первый из них связан с влиянием шизофрении на алкоголизм. Имеется достаточное число наблюдений, свидетельст-

вующих о том, что патологическое влечение к алкоголю, абстинентный синдром оказываются стертыми. Алкогольная деградация, наоборот, развивается очень быстро, приобретая черты полного безразличия к собственной судьбе и окружающим, опустошенности и пассивности, что ведет к немедленному возобновлению пьянства. Течение алкоголизма, сочетающегося с шизофренией, неблагоприятное, поскольку оно характеризуется малой курабельностью и крайней неустойчивостью терапевтических ремиссий.

Цель исследования: изучить особенности формирования и течения алкогольной зависимости у пациентов, страдающих шизофренией, социальную адаптацию этой категории больных.

Материалы и методы. В исследование были включены 30 пациентов Самаркандского областного регионального филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра наркологии - мужчин в возрасте 35-45 лет - с диагнозом алкогольной зависимости - АЗ (контрольная группа) и диагнозами алкогольной зависимости и шизофрении (по критериям МКБ-10) давностью заболевания не менее 1 года с купированным алкогольным абстинентным синдромом (ААС) (основная группа).

Все больные включались в исследование после завершения стационарной детоксикации и после подписания информированного согласия. В исследование не включали больных с выраженным органическим поражением головного мозга, психотическим состоянием, а также с какой-либо иной химической зависимостью кроме зависимости от табака.

Проводился статистический анализ анамнестических данных, сравнения групп. Группа анамнестических показателей состояла из 10 переменных, характеризующих пациента: пол, возраст, семейный статус, трудовой статус, наследственная отягощенность, время с начала систематической алкоголизации до формирования запойного пьянства, процентное соотношение дней пьянства и дней трезвости за последний год.

Результаты исследования. Контрольная и основная группы состояли из 15 больных с АЗ и 15 больных с АЗ+шизофрения, в возрасте от 35 до 45 лет. Наследственность отягощена алкоголизмом родственников у 15 пациентов (50%) из всех исследуемых. В контрольной группе: наследственность алкоголизмом отягощена у 8 пациентов (53%); в основной группе - у 7 (47%), а эндогенным

расстройством у 8 (53%). Возраст начала систематической алкоголизации: в основной группе до 20 лет - у 8 пациентов (53%), от 20 до 25 лет - у 5 (33%), более 25 лет – у 2 (14%). Возраст начала систематической алкоголизации в контрольной группе: до 20 лет - 7 пациентов (47%), от 20 до 25 лет - 8 (53%). Возраст начала систематической алкоголизации в двух группах: до 20 лет - 15 пациентов (50%), от 20 до 25 лет - 13 (43%), с 25 лет - 2 (6%). Давность формирования алкогольной зависимости: до 5 лет - у 5 больных (16%), от 6 до 10 лет – у 7 (23%), более 10 лет - у 18 (61%). В основной группе давность формирования алкогольной зависимости: до 5 лет - 1 пациент (6%), от 6 до 10 лет - 2 (13%), более 10 лет - 12 (81%). В контрольной группе давность формирования алкогольной зависимости: до 5 лет – 4 пациента (26%), от 6 до 10 лет - 5 (33%), более 10 лет - 6 (41%).

Семейный статус всех испытуемых: не женаты – 16 пациентов (53%), в браке - 4 (13%), разведены - 10 (34%). Семейный статус в основной группе: не женаты - 10 (67%), разведены - 4 (26%), женат - 1 (7%). Семейный статус в контрольной группе: не женаты - 6 (40%), разведены - 6 (40%), женаты - 3 (20%). Трудовой статус всех испытуемых: не работают - 21 (70%), из них 10 (33%) являются инвалидами 2 группы инвалидности, бессрочно; работают - 9 (30%). В основной группе: не работают - 13 (86%), из них 10 (66%) имеют 2 группу инвалидности, бессрочно; работают - 2 (14%). В контрольной группе: не работают - 8 (53%), работают - 7 (47%), группы инвалидности не имеют.

Дни пьянства и дни трезвости за последний год пациентов двух групп: дни трезвости - 59,4%, дни пьянства – 40,6%. У пациентов основной группы: дни пьянства – 27,5%, дни трезвости – 72,5%. У пациентов контрольной группы: дни пьянства – 53,6%, дни трезвости – 46,4%.

Критерий Фишера: $\varphi^*=3,811$. Полученное эмпирическое значение φ^* находится в зоне значимости. H_0 отвергается.

Выводы. Количество дней трезвости достоверно больше в основной группе. Достоверных различий по фактору наследственной отягощенности алкогольной зависимостью получено не было (47% vs 53%). При сравнении давности начала систематической алкоголизации обнаружено, что у большей части пациентов основной группы начало систематической алкоголизации - до 20 лет (53%),

в контрольной группе – от 20 до 25 лет (53%). В контрольной группе отсутствуют пациенты, начавшие систематическую алкоголизацию в возрасте старше 25 лет; в группе пациентов с коморбидной патологией таких 14%. У большей части пациентов с коморбидной патологией (81%) алкогольная зависимость сформирована свыше 10 лет назад. В контрольной группе эта закономерность не прослеживалась: давность формирования алкогольной зависимостью распределилась по всем возрастным категориям равномерно (26%, 33% и 41%).

Полученные результаты взаимовлияния клинических проявлений алкогольной зависимости и коморбидной патологии (на примере пациентов с эндогенным расстройством) дают возможность оптимизировать их диагностику и прогностическую оценку. Анализ анамнестических данных, оценка социального функционирования пациентов и продолжительности алкогольной ремиссии позволяют прогнозировать развитие алкогольной зависимости у пациентов, страдающих шизофренией.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Турсунходжаева Л.А., Баймирова Л.Т.
Центр развития профессиональной
квалификации медицинских работников
(Ташкент, Узбекистан)
luiza-14@yandex.ru

По данным ВОЗ, ежегодно в мире более 800 тысяч человек кончают жизнь самоубийством, причем 25-50% всех суицидов связано с алкоголизацией. Самоубийство считается второй по частоте причиной смерти молодых людей в возрасте от 15 до 29 лет. Несмотря на то, что Республика Узбекистан относится к странам с низким уровнем суицидов (менее 10 человек на 100 тыс. населения), изучение суицидального поведения сохраняет свою актуальность и рассматривается в качестве одной из приоритетных задач научных исследований. Зависимость от психоактивных веществ часто сопровождается аутоагрессивными действиями, включающими как суицидальные проявления (суицидальные тенденции, суицидальные

попытки), так и несуицидальные формы аутоагрессии (самоповреждения, аутоагрессивные передозировки). Многие авторы подчеркивают высокий уровень суицидальной активности больных наркологического профиля, в 50 раз превышающий соответствующие показатели в общей популяции. Однако особенности суицидального поведения лиц, зависимых от психоактивных веществ, в Республике Узбекистан до сих пор не подвергались целенаправленному изучению, меры его профилактики остаются недостаточно разработанными.

Целью нашего исследования являлось изучение статистики и особенностей оформления суицидальных проявлений у лиц, зависимых от психоактивных веществ. Изучение статистики зарегистрированных случаев суицидального поведения наркологических больных в Республике Узбекистан за 3-летний период показало, что 33,3% из них составили завершённые суициды, 66,7% - суицидальные попытки. Среди больных, предпринявших суицидальные действия, 92,1% составили мужчины, 7,9% - женщины. Существенное преобладание лиц мужского пола вполне можно объяснить значительно большей распространённостью наркологических заболеваний среди мужской части населения. Большинство (78,4%) суицидентов составили больные алкогольной зависимостью и лишь 21,6% - пришлось на долю наркозависимых, среди которых преобладали потребители наркотиков опийной группы.

Изучение суицидогенных состояний показало, что больные алкогольной зависимостью наиболее часто предпринимают суицидальные действия в состоянии алкогольного опьянения, во время острых алкогольных психозов, а также в состоянии депрессии, обусловленной психотравмирующей ситуацией. Интересен тот факт, что у больных алкогольной зависимостью суицидогенные реакции в ответ на внешнюю ситуацию возникали при сравнительно небольшой давности и начальной стадии заболевания. В этих случаях имел место относительно продолжительный пресуицидальный период с тщательным обдумыванием способа самоубийства. В развернутой стадии алкогольной зависимости суицидальное поведение было связано преимущественно с депрессивным состоянием в момент алкогольного абстинентного синдрома. Больных с поздней стадией алкогольной зависимости среди зарегистрированных суицидентов не выявлено.

В отличие от лиц, страдающих алкогольной зависимостью, суицидогенные состояния у наркозависимых были представлены, как правило, депрессиями или дисфориями, развившимися в отсутствие привычного наркотика. Эти аффективные расстройства наблюдались либо в остром периоде абстинентного синдрома, либо являлись компонентами неодолимого влечения к наркотику в период ремиссии. Характерно, что наркозависимые практически не совершали суицидальных действий в состоянии опийного опьянения, а психотических расстройств у них ни в одном случае не регистрировалось. Суицидальные попытки в состоянии дисфории, развившейся в структуре абстинентного синдрома, зачастую носили демонстративно-шантажный характер, преследуя цель получения наркотика. Истинные суицидальные попытки чаще сопровождали состояние депрессии.

Таким образом, проведенный анализ показал, что проблема суицидального поведения больных наркологического профиля стоит достаточно остро и для своего разрешения требует организации более глубоких целенаправленных исследований, дифференцированных в зависимости от группы потребляемых психоактивных веществ, гендерных и возрастных особенностей суицидентов.

COVID-19 PANDEMIYASI DAVRIDA ALKOGOLGA QARAMLIK MAVJUD BO‘LGAN OILADAGI BOLALARDA AUTOAGRESSIVLIK HARAKATLAR

Turayev B.T.

Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
psixiatriya tibbiy psixologiya va
narkologiya kafedrası. Samarqand, O‘zbekiston.
bobir.turaev.89@mail.ru

Ota-onasi alkogolga moyillik bo‘lgan oilada voyaga yetgan bolalari o‘tib-ulg‘ayishi salbiy oqibatlari, tadqiqotchilar e‘tiboriga so‘nggi o‘n yillikda ushbu mavzuga ilmiy qiziqishning eng yuqori cho‘qqisiga chiqdi [1, 2, 3, 4] va keng o‘rganilmoqda. Bunday oilada o‘sgan bolalarga atrof-muhitning salbiy tasiri natijasida, agressivlik, o‘ziga past baho beruvchsh, alkogol mahsulotlariga va narkotik moddalarga moyillik yuqori dara ada namoyon bo‘ladi. Alkogolizm bilan kasallangan bemorlardan anamnez

yig'ilganda aksariyatida hayot anamnezida alkogolli oilada o'sganligi aniqlandi. Bunga asosan hayoti davomida bolaligida olgan salbiy psixologik tasir sabab bo'ladi [1, 5, 6, 7]. Shu bilan birga, tadqiqotchilar o'zlarining asarlarida populyatsiyaning o'rtacha yoshi oshgani sayin, undagi alkogolli oilalarning ko'payishi takidlanmoqda[2, 3]. Adabiyotda kamida bitta ota yoki onaning alkogolga moyil bo'lgan oilalarda o'sgan bolalarning o'z joniga qasd qilish harakatlari ko'p miqdorda kuzatilishi ta'kidlangan[5, 8]. O'z joniga qasd qilgan bolalar va o'smirlarning uchdan bir qismidan ko'prog'ining ruhiy kasalliklarga chalingan ota-onalari borligi aniqlandi, ularning tarkibida alkogolga qaramlik hukmronlik qilganlari ham mavjud, bu nafaqat o'z joniga qasd qilishning keskinligini, balki ota-onalar tomonidan yuzaga kelgan stress omillarining yuqori darajasini va alkogolga moyil bo'lgan ota-onalarning psixologik ta'siri natijasidir. Olimlarning ma'lumotlariga ko'ra, o'z joniga qasd qilish hollarining katta qismini oilada ota yoki onaning alkogolizm yoki giyohvandlikka chalingan bolalarda tashkil qiladi[2, 8]. Shuning uchun alkogolizm bilan kasallangan oilada voyaga yetgan bolalarda o'z joniga qasd qilishning harakatlarini o'rganishga qaror qildik.

Tadqiqotning maqsadi: Ota-onasi alkogolga moyillik bo'lgan oilalarda o'sgan bolalarning avto-agressivlik belgilarini har tomonlama tahlil qilish.

Material va uslub: Tekshirish maqsadida ota-onasi alkogolga moyillik bo'lgan oilada voyaga yetgan bolalari tekshirildi. Tadqiqotning asosiy guruhi 20 ta turmush qurmagan qiz (o'rtacha yoshi $18 \pm 1,7$ yil) va 30 ta uylanmagan o'g'il bolalar (o'rtacha yoshi $19 \pm 2,5$ yosh) bo'lgan. Nazorat guruhiga 40 ta turmush qurmagan qiz (o'rtacha yoshi $19 \pm 1,1$ yil) va 60 ta uylanmagan o'g'il bola (o'rtacha yoshi - $20 \pm 1,7$ yosh) spirtli ichimliklarga qaramlikdan aziyat chekayotgan ota-onasiz. Asosiy guruhga qo'shilish mezonlari, ularning ota-onalaridan kamida bittasining alkogolga qaramligi bo'lishidir. Nazorat guruhiga kiritish uchun mezon ota-onalardan birida alkogol kasalligi borligi haqida ko'rsatmalar yo'qligi edi. Boshqa sababga ko'ra shubha tug'diradigan barcha kuzatuvlar tadqiqotdan chiqarildi. Asosiy diagnostika vositasi sifatida avtoagressivlikni aniqlash uchun so'rovnoma ishlatildi. Statistik tahlil va ma'lumotlarni qayta ishlash matematik statistikaning parametrik va parametrik bo'lmagan usullari (Student and Wilcoxon mezonlari) yordamida amalga oshirildi.

Tadqiqot natijasi: Ota yoki onasi alkogolizmdan aziyat chekkan oilalarda o'sgan yigitlarning asosiy qismi o'z joniga qasd qilish xususiyatlari, ularni ota-onasi alkogol muammosi bo'lmagan oilalardagi

yigitlardan sezilarli darajada yuqoriligini ko'rsatadi. Bunday oilada tarbiyalanayotgan qizlarda yigitlardan farqli o'laroq o'zini amiyatda keraksizdek his qilish, yalg'izlikni xohlas ishtagi va o'ziga past baho berish ancha ko'proq kuzatiladi. Qizlarda parasuitsid halotlari anchagina yuqoriroq bo'lib, namoishkoronalik belgilari bilan birgalikda kuzatiladi. Bunday oilada tarbiyalangan bolalarda avto-agressiv xususiyatlar anchagina kuchliroq rivojlangan bo'lib aksaryatlari psixiart yoki psixologlarga murojat qilishadi.

Asosiy guruhda o'z joniga qasd qilishga urinish o'g'il bolalarda 8 ta holatda, qiz bolalarda 5 taholatda, yolg'iz qolish xohishi o'g'il bolalarda 14 ta holatda, qiz bolalarda 18 taholatda, ortiqcha ovqatlanish moyilligi, ovqat yeyishni rad qilish o'g'il bolalarda 22 ta holatda, qiz bolalarda 13 taholatda, alkogol mahsulotlari qabul qilishga intilish o'g'il bolalarda 26 ta holatda, qiz bolalarda 3 taholatda kuzatilgan.

Tekshirishlar natijasida o'g'il bolalarida o'z joniga qasd qilishga urinish va o'z joniga qasd qilish fikrlari ancha yuqori bo'lgan, bu boshqa tadqiqotchilar tomonidan olingan ma'lumotlarga mos keladi. O'z joniga qasd qilish fikri, yolg'iz qolishga bo'lgan xohish, hayotdan ma'no topolmaslik asosiy guruhdagi respondentlarda ko'proq namoyon bo'lmoqda. Bundan tashqari, yaqin qarindoshi o'z joniga qasd qilishga uringan asosiy guruhdagi respondentlarning yuqori darajasi (bu nazorat guruhiga qaraganda 6 marotaba ko'proq uchraydi) diqqatga sazovordir.

Ushbu respondentlari orasida qizlarda o'g'il bolalarga qaraganda yolg'iz qolish istagi yuqori o'rintutishi malum bo'ldi. Bundan tashqari ularda o'ziga zarar yetkazish darajasi ham o'g'il bolalarga nisbatan ancha ko'proq kuzatiladi. Aksincha o'g'il bolalarda alkogol mahsulotlarga bo'lgan xohish ustunroq turadi va ularda alkogolizm kasalligi bilan kasallanish ehtimoli yuqoriroq bo'ladi. Ushbu respondentlari orasida o'z joniga qasd qilish xatti-harakatlarini ko'pligini, yolg'izlik, umidsizlik va hayotning mazmuni yo'qligiga bo'lgan ishonchni o'z ichiga olgan gipotetik hissiyot bilan ifodalanganligini mantiqiy ravishda to'ldiradi. Shuningdek, nazorat guruhiga nisbatan asosiy guruhda respondentlari o'zlarining avtgressivligi yuqori darajada bo'lishi, o'z-o'ziga jismoniy zarar yetkazish, psixoaktiv muolajalardan foydalanish hollari, xavfli xatti-harakatlarga moyillik bilan ajralib turadi. Olingan ma'lumotlar asosiy guruhdagi respondentlar o'ziga ziyon yetkazish darajasi yuqori ekanligini ko'rsatadi. Yuqorida aytilganlarning barchasini hisobga olgan holda, biz ota yoki onada alkogolga qaramlikning muhim omil sifatida mavjudligi

haqida asos sifatida qaraymiz. O'z joniga qasd qilish xatti-harakatlarining profilaktik tashxisida jiddiy e'tibor talab qiladi.

Ota-onasi alkogolga moyil bo'lgan oilalarda o'sgan qizlar guruhida o'z joniga qasd qilishning (o'z joniga qasd qilish fikrlari va o'z joniga qasd qilishga urinishlar) nisbatan erta yoshda kuzatilayotganligi aniqlandi. Bundan tashqari asosiy guruh qizlari, shuningdek, o'z ichida o'z joniga qasd qilish xatti-harakatlarini oldindan aytib beruvchilarni aniqlashning yuqori chastotasi bilan ajralib turadi. Hissiy reaksiyaning passivligi, yolg'izlik va aybdorlik hissi, pushaymon bo'lishga moyillik, tavba qilish, o'zini tanqid qilish, holatlari qizlarda ancha ko'proq namoyon bo'ladi. Yuqorida tavsiflangan belgilar bilan bir qatorda, tashvish va oilaviy muhim ota-onasi alkogolga moyil bo'lgan oilalarda qizlarining umumiy qabul qilingan avto-agressiv xususiyatlarini kengaytiradi va umidsiz sharoitini shakllantiradi. Olingan ma'lumotlarni hisobga olgan holda, biz ota-onasida spirtli ichimliklarga qaramligini bo'lgan qizlariga nisbatan avtoregressiv yuqori daraja namoyon bo'ldi. Shu bilan birga, ushbu guruhdagilarda turli xil avtoregressiya hodisalar (o'z-o'zini past baho berish, alkogol qabul qilishga urinish) kuzatildi.

Xulosa: Ota-onalardan kamida bittasi alkogolga moyil bo'lgan oilada tug'ilish va tarbiyalash agressiv radikal va antitrestlarning faolligini oshiradi. Shu munosabat bilan alkogolli oilalarda voyaga yetgan qizlar va o'g'il bolalar o'z joniga qasd qilish xavfi yuqori guruhiga kiritiladi. Olingan ma'lumotlar oila tarixini (ruhiy kasalliklar mavjudligi, psixiatr tomonidan davolanish, ruhiy tushkunlik, alkogolizm, o'z joniga qasd qilish tendensiyalari) aniqlashtirish va aniqlashtirish zarurligini va alkogolizmning voyaga yetgan bolalari uchun inqiroz va profilaktika xizmatlarini ko'rsatishni talab qiladi. Alkogolli oilalarda tarbiyalangan odamlarning ko'payib borishi va tarqalishini hisobga olib, psixokorrektoriya ishlab chiqish va amalga oshirish zarurati aniq bo'lib qoldi. Olingan ma'lumotlar, alkogolli oilada ota-onalarning salbiy ta'siri to'g'risida mavjud tushunchani kengaytiradi, ota-onalarning alkogolga moyilligi muhim hodisa ekanligiga aniq dalolat beradi, shuningdek, vrachlardan alkogolizm bilan kasallangan oilada voyaga yetgan bolalarda inqirozni boshqarish va profilaktika xizmatlarini yaratish zarurligini ko'rsatadi.

АНАЛИЗ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Тухватуллина Э. И.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования "Российский университет дружбы народов", Москва, *ellmira-gazi-@bk.ru*

Агибалова Т. В.

Российская Федерация Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы», Москва.

Гордеева Е. А.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Психиатрическая клиническая больница №4 имени П. Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения г. Москвы», Москва.

Введение. Социально-экономическое бремя заболеваний шизофренического спектра обуславливает важность создания эффективных лечебных стратегий. Психофармакологические методы демонстрируют значимую действенность в случае, если пациент следует врачебным предписаниям. Однако высокая частота случаев отказа пациентов от сотрудничества с врачом (11-80% по данным Lacroatal J., 2002) актуализирует интерес к изучению факторов, определяющих комплаентное поведение.

Комплаенс мультифакторный, не статичный сложный процесс, где факторы сложно переплетаются и меняются (Незнанов Н. Г., Вид В. Д., 2004; Лутова Н. Б., Незнанов Н.Г., Вид В. Д., 2008). Анализ, взаимосвязь и изменчивость факторов, определяющих комплаенс, способствовали созданию психотерапевтических и социально-организационных стратегий, направленных на его повышение. Имеются ограниченные данные об эффективности различных психосоциальных вмешательств (комплаенс-терапия, психообразование, когнитивно-поведенческая терапия, семейная терапия). Однако нет данных о преимуществе того или иного метода. Противоречивыми выглядят исследования об эффективности широко используемых психообразовательных программ. Повышение осведомленности о психических расстройствах пациентами в ходе

таких программ не увеличивает общий уровень комплаенса (Gray R., Leese M., Bindman J., et al. 2006). В немногочисленных исследованиях определена эффективность комплаенс-терапии, метода сочетающего мотивационное интервью, когнитивно-поведенческую терапию и психообразование (Шлафер А. М., 2012; Солохина Т. А., Ястребова В. В., Алиева Л. М., Митихина И. А., Машонина А. И., 2017). При этом в отечественных публикациях имеются лишь отдельные работы, посвященные исследованию динамики комплаенса, основанного на оценке самого пациента.

Цель исследования – изучить факторы, определяющие комплаенс, у пациентов с заболеваниями шизофренического спектра.

Материал и методы. В рамках продолжающегося диссертационного исследования изучена приверженность психофаркотерапии у 47 пациентов с расстройствами шизофренического спектра, госпитализированных в ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №4 ДЗМ» по неотложным показаниям. Кроме наличия заболевания шизофренического спектра критериями включения были наличие добровольного информированного согласия, отсутствие тяжелой соматоневрологической патологии. Анализ приверженности к фармакотерапии проводился на основе опросника для оценки отношения к лекарственным препаратам (Drug Attitude Inventory, DAI-30) и шкалы репортирования приверженности к приему лекарств (Medication Adherence Report Scale, MARS-10). Исследование проводилось в стационаре в состоянии, позволяющем пациенту быть включенным в психореабилитационные мероприятия. По результатам было выделено две группы: комплаентные и некомплаентные. В 87% случаев (41 участник) результаты обеих шкал позволяли однозначно определить наличие комплаенса или его отсутствие (по шкале DAI комплаентным поведением считается при значении >0 , по шкале MARS-10 - >5). В остальных случаях (6 участников, 13%) потребовалось уточнение, которое делалось на основе анамнестических сведений, дополнительного изучения структуры ответов MARS-10 (дифференцировка поведенческого и мотивационного аспектов).

Результаты. Нозологически исследуемая группа пациентов представлена следующими диагнозами: острое психотическое расстройство 25 человек (53%), параноидная шизофрения 9 (19%),

шизотипическое личностное расстройство 5 (11%), шизоаффективное расстройство 6 (13%), другие формы шизофрении 2 (4%). Гендерное деление: мужчины 19 (40%), женщины 28 (60%). По возрастам участники распределились: 18-24 года 12 человек (26%), 25-30 лет 11 человек (23%), 31-40 лет 19 человек (40%), 41-50 лет 5 человек (11%). 28 участников (60%) были впервые госпитализированы в психиатрический стационар, однако часть из них имели опыт амбулаторного лечения у психиатра. Только одна участница (2%) имела группу инвалидности по психическому расстройству. По результатам психометрических тестов 30 участников (64%) составили группу комплаентных пациентов, 17 участников (36%) - некомплаентных.

В первой группе преобладали пациенты с острым психотическим расстройством (63,3%). В группе некомплаентных пациентов были в большей степени представлены параноидная шизофрения (29,4% против 13,3% в первой группе) и шизотипическое личностное расстройство (17,6% против 6,7% в первой группе). Возрастными особенностями групп можно указать преобладание в группе комплаентных пациентов диапазон 31-40 лет (46,7%), некомплаентная группа практически равномерна представлена всеми возрастными группами, с небольшим преобладанием самого молодого возраста (35,3%). Впервые госпитализированные пациенты преимущественно представляют группу комплаентных пациентов (73%), среди некомплаентных пациентов таких участников гораздо меньше (35%). Дизайн исследования включает динамическое исследование на протяжении года. Количество участников отказавшихся от амбулаторного этапа среди некомплаентных пациентов несколько выше, чем в другой группе (35% против 20%).

Обсуждение. Возрастные и клинические особенности групп имеют ограниченное значение, поскольку набор участников проводился в клинике первого психотического эпизода. Вместе с тем, обращает внимание факт достаточно большего количества некомплектных пациентов (36%) в группе, имеющей значимый реабилитационный потенциал (не утрачена трудоспособность, большинство пациентов сохраняют социальные связи). Полученные психометрическим методом данные не обладают абсолютной валидностью и могут иметь фактические расхождения. Так, например, к моменту написания статьи, одна из участниц исследования

продемонстрировавшая достаточную комплаентность, повторно госпитализирована в связи с самовольной отменой лекарств.

Выводы. Полученные данные согласуются с данными многочисленных исследований, указывающих на низкую комплаентность пациентов с заболеваниями шизофренического спектра. Для интерпретации и валидности полученных данных планируется продолжить исследование с одновременным изучением влияния аддиктивных установок на приверженность пациентов лечению.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Умуров Н. А.,

Абдуллажанова Ш. Ж.

Ташкентская медицинская академия,
Узбекистан

Цель исследования. Проведение сравнительного анализа клинических проявлений и динамики психического состояния у медицинского персонала и пациентов больницы, переболевших COVID-19. **Материал и методы.** Представлены данные обследованных лиц за 10-ти месячный период для обоснования психиатрической и психотерапевтической помощи пациентам, болеющим и переболевшим COVID-19. Исследование было направлено на оценку психического состояния медработников и пациентов, госпитализированных в больницу во время первой и второй волны пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19. Проведен сравнительный анализ психического состояния двух групп лиц (120 чел.), перенесших COVID-19 разной степени тяжести. Первую группу из 60 чел. составил медперсонал, вторую – 60 чел. пациенты больницы. Среди исследованных лиц первой группы: мужчин было 32 чел. (53.3%), женщин – 28 (46.6%). Лиц старше 40 лет было 34 (56.6%). Из них мужчин – 18 (45%), женщин – 16 (47%). Среди исследованных лиц второй группы: мужчин было 42 чел. (70%), женщин – 18 (30%). Все мужчины и женщины второй группы были старше 40 лет. Для оценки психического статуса использовались клинический и клинико-психопатологический методы. Критериями оценки

являлись принятые в отечественной медицине Руководства, глоссарии и МКБ-10. Использованы клинико-психопатологический метод и МКБ-10. Для исследования последствий воздействия COVID-19 на здоровье медперсонала и пациентов больницы в динамике был использован медицинский регистр, позволивший провести клинико-эпидемиологический анализ изменений состояния психического здоровья. Обработка результатов проводилась с помощью программ StatSoft Statistica v.6.0, SPSS 9.0 (критерий Стьюдента для оценки разности между выборочной и генеральной долями). Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. Рассматривались клинические особенности развития психопатологии (психозов, депрессивных и тревожных расстройств, профессионального выгорания и др.) при пандемии COVID-19 у медицинского персонала и пациентов больницы

Несмотря на то, что COVID-19 считается вирусно-респираторным заболеванием, однако ведущей сопутствующей патологией были острые интоксикационные психозы и пограничные психические расстройства (ППР). Среди обследованного медперсонала лиц с психозами не было, но у более 90% ($p < 0,001$) наблюдались психоневрологические проблемы в рамках пограничной психиатрии (выраженная физическая и психическая астения, тревога и депрессивные состояния, бессонница и головные боли, трудности с запоминанием и концентрацией внимания, затруднения в формулировании мыслей, периодическое ощущение тумана в голове и головокружения, физическая слабость при нагрузке, одышка даже при отсутствии нагрузки. У персонала с повышенной тревожностью и мнительностью из-за опасений заразиться COVID-19, умереть или попасть в реанимацию развивались тревожнодепрессивные расстройства различной степени выраженности. Медработники с эмоциональной неустойчивостью агрессивно реагировали на окружающих, испытывали страх смерти, тревогу, жаловались на учащенное сердцебиение, внутреннюю дрожь «трясучку», ощущение нехватки воздуха и т.д. В отдельных случаях высказывались суицидные мысли. Учитывая, что весь медперсонал больницы ежегодно проходил профосмотр с участием психиатра, была возможность оценивать психический статус при заболевании COVID-19 с фоновым состоянием их психического здоровья. У большинство обследованного медперсонала 69% ($p < 0,001$) были

выраженные клинические проявления профессионального выгорания, что создавало проблемы в общении с коллегами, отношения отличались формальностью. При этом смешанное тревожно-депрессивное состояние (87%) всегда сопутствовало формированию психопатологии ($p < 0,001$). У всех пациентов соматического стационара (2-я группа обследованных) были психоневрологические проблемы, включая различные нарушения сознания, полную или частичную потерю ориентировки, бред, галлюцинации (17,3%), что требовало, после стабилизации соматического состояния, перевода в ПНБ. У абсолютного большинства были слабость (98,5%) ($p < 0,001$), депрессии (90%) ($p < 0,001$), головные боли (84,4%) ($p < 0,001$), делириозные переживания (24%), выраженная когнитивная дисфункция, головокружение и резкая утомляемость (71%). У 37,4% была потеря обоняния. Среди соматической патологии ведущими были проблемы с дыханием и сердечно-сосудистой системы (85% и 82%, соответственно) ($p < 0,001$). После выздоровления у ряда больных формировались рентные установки как отдаленные последствия инфекции. Важно отметить, что у всех пациентов больницы были более выраженные психические расстройства, а 17,9% из них (все старше 65 лет) были переведены для дальнейшего лечения в ПНБ. У большинства был диагноз психоорганический синдром (шифры: F05.8 и F06.8). Спутанность сознания, внутричерепное кровоизлияние, головные боли, изменения поведения, острая церебральная ишемия вызывали психические расстройства. У ряда больных в возрасте старше 65 лет с помощью МРТ диагностировались внутричерепные кровоизлияния. У пациентов больницы с COVID-19 наблюдались нарушения в работе дыхательного центра в виде редкого ритма дыхания при хроническом низком снабжении кислородом мозга, что провоцировало проблемы неврологического характера и повышало риск смерти. По данным Национального института неврологических расстройств и инсульта в США мелкие сосуды мозга пациентов с COVID-19 повреждались при развитии болезни из-за воспалительных реакций, связанных с проникновением вируса в организм больных (Авиндра Нат, 2020 г.). У наблюдавшихся в КНР пациентов г. Ухань, у 36,4% из 214 пациентов с COVID-19 были судороги, энцефалопатия, энцефалит, синдромы Гийена – Барре и Миллера – Фишера. Неврологическая патология возникала после выздоровления, что указывало на

повреждение мозга. Особенности и полиморфизм клинических проявлений при COVID-19 напоминает интоксикацию токсичными химическими веществами нейротропного действия формирующую психические расстройства на фоне интоксикационного синдрома. Установленные причинно-следственные связи появления некоторых нарушений в работе ЦНС и системной регуляции функций при COVID-19 можно связать с изменениями состояния кровеносной системы мозга вызванных воспалением и повреждением кровеносных сосудов.

Выводы. Результаты исследования указывают на необходимость принятия неотложных мер по диагностике, лечению и профилактики психических расстройств у медицинских работников и пациентов больницы, перенесших инфекционное заболевание COVID-19 как во время госпитализации так и в период медицинской реабилитации. Принимая во внимание высокую социальную значимость состояния психического здоровья населения и существующий менталитет (в ПНД население не идет из-за опасений моральных, юридических, производственных и др. проблем), необходимы организационные мероприятия для формирования системы психотерапевтической помощи пациентам в условиях соматических больниц.

Таким образом, ситуация с пандемией новой коронавирусной инфекцией COVID-19 обострила проблему с оказанием психотерапевтической помощи в условиях многопрофильных соматических стационаров и поликлиник в свете реализации приказов МЗ Узбекистан и других многочисленных директивных документов в области психического здоровья

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЕЙ ОСОЗНАННОСТИ И ТРЕВОЖНОСТИ У РОДИТЕЛЕЙ ПОДРОСТКОВ С ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Усербаева Р.К., Ашуров З.Ш.

Ташкентская медицинская академия

Около 20% детей и подростков в мире имеют психические расстройства; депрессия и тревожность являются наиболее распространенными расстройствами психического здоровья в детском и

подростковом возрасте, оказывая значительное влияние на развитие [1]. Психологическое состояние подростков влияет на аффективное состояние их родителей, что в свою очередь имеет весомую роль в эффективности психотерапевтических вмешательств.

Ключевые слова: осознанность; подростковый возраст; психическое здоровье молодежи, тревожность.

Цель. Определить уровни осознанности и тревожности у родителей подростков с тревожными расстройствами.

Материалы и методы. В исследование были охвачены 20 матерей в возрасте от 33 до пациентов 12-16 лет ($M=13,5\pm 1,35$), обратившиеся за медицинской помощью в клинику Mental Med Service с жалобами на симптомы тревожного расстройства. Всем пациентам был проведён осмотр психиатра, состояние осознанности было оценено с помощью Scale of the MAAS (Mindfulness Attention Awareness Scale). Аффективное состояние было исследовано с помощью шкалы самооценки тревоги, разработанная Цунгом в 1971 году (сокр. ZARS).

Результаты. Среднее значение уровня осознанности у исследуемых составило $\sim 3,75$, что является низким показателем. Среднее значение уровня тревожности составило ~ 49 , что соответствовал среднему уровню тревоги. При подсчете результатов не проводилась корреляция с такими показателями как возраст, пол и семейное положение.

Выводы. У родителей подростков с тревожными расстройствами были выявлены сравнительно низкий уровень осознанности и средний уровень тревоги. Результаты данного исследования показывают, что у исследуемых уровни тревожности и осознанности имеют обратно пропорциональную взаимосвязь. Вмешательства направленные на повышение осознанности может снижать уровень тревожности родителей, что способствует улучшению результатов терапии их детей.

Литература:

1. Garaigordobil, M.; Bernarás, E.; Jaureguizar, J.; Machimbarrena, J.M. Childhood Depression: Relation to Adaptive, Clinical and Predictor Variables. *Front. Psychol.* 2017, 8, 821. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)][[Green Version](#)]

2. Morris, J.; Belfer, M.; Daniels, A.; Flisher, A.; Villé, L.; Lora, A.; Saxena, S. Treated prevalence of and mental health services received by children and adolescents in 42 low-and-middle-income countries. *J. Child Psychol. Psychiatry* 2011, 52, 1239–1246. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

3. Kieling, C.; Baker-Henningham, H.; Belfer, M.; Conti, G.; Ertem, I.; Omigbodun, O.; Rohde, L.A.; Srinath, S.; Ulkuer, N.; Rahman, A. Child and adolescent mental health worldwide: Evidence for action. *Lancet* 2011, 378, 1515–1525. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]

4. Kessler, R.C.; Angermeyer, M.; Anthony, J.C.; De Graaf, R.O.N.; Demyttenaere, K.; Gasquet, I.; de Girolamo, G.; Gluzman, S.; Gureje, O.; Haro, J.M.; et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization’s World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 2007, 6, 168–176. [[Google Scholar](#)]

5. Belfer, M.L. Child and adolescent mental disorders: The magnitude of the problem across the globe. *J. Child Psychol. Psychiatry* 2008, 49, 226–236. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]

6. National Research Council (US); Institute of Medicine (US). Committee on the Prevention of Mental Disorders and Substance Abuse Among Children, Youth, and Young Adults: Research Advances and Promising Interventions. In *Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders among Young People: Progress and Possibilities*; O’Connell, M.E., Boat, T., Warner, K.E., Eds.; National Academic Press: Washington, DC, USA, 2009. [[Google Scholar](#)]

7. Dowdy, E.; Ritchey, K.; Kamphaus, R.W. School-based screening: A population-based approach to inform and monitor children’s mental health needs. *Sch. Ment. Health* 2010, 2, 166–176. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)][[Green Version](#)]

8. Choudhury, S.; Moses, J.M. Mindful interventions: Youth, poverty, and the developing brain. *Theory Psychol.* 2016, 26, 591–606. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]

9. Šouláková, B.; Kasal, A.; Butzer, B.; Winkler, P. Meta-review on the effectiveness of classroom-based psychological interventions aimed at improving student mental health and well-being, and preventing mental illness. *J. Prim. Prev.* 2019, 40, 255–278. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]

KORONAVIRUS INFEKSIYA PANDEMIYASI DAVRIDA RUHIY KASALLIKLARNING PATOPSIXOLOGIK XUSUSIYATLARI

Umurov N. A., Shadmanova L. Sh., Yadgarova N.F.
Toshkent tibbiyot akademiyasi. O'zbekiston

Kalit so'zlar: koronavirus pandemiyasi; ruhiy kasalliklar; ambulatoriya holatlari.

Tadqiqotning dolzarbligi:

Yuqumli kasalliklar davrida ruhiy kasalliklarning sezilarli chastotasi bilan bog'liq. Dunyoda yangi koronavirus infeksiyasining epidemiyasi vahima, xavotir rivojlanishiga, reaktiv yoki indutsirlashgan ruhiy kasalliklarning paydo bo'lishiga va allaqachon mavjud bo'lganlarning kuchayishiga yordam beradigan turli omillar bilan bog'liq. Biroq, mahalliy adabiyotlarda bunday kasalliklarning maqsadli tahlillari hali taqdim etilmagan.

Tadqiqot maqsadi:

Koronavirus infeksiyasining pandemiyasi davrida ruhiy kasalliklarning tavsiflash.

Material va tekshirish usullari:

Klinik-psixopatologik (intervyu), eksperimental psixologik (MMR1, hayot sifatining so'rovnomasi). 23-34 yoshli 66 ta bemor (PND, RKRSh va ShKRSh bo'linmalari) nuqtai nazaridan tekshirildi. endogen spektridagi buzilishi bo'lgan bemorlar tadqiqotga kiritilmagan.

Natija:

Yangi koronavirus infeksiyasining pandemiya davridagi ruhiy kasalliklar fenomenologik va etiologik jihatdan alohida guruhdir. Yosh, jins va ijtimoiy maqom hech qanday ahamiyatga ega emas. Ehtimol, ushbu kasalliklarning paydo bo'lishida asosiy rolni tekshirilganlarning oldingi aqliy va shaxsiy xususiyatlari o'ynaydi. Ular chegaraviy psixopatologiyasi bor, o'ta ta'sirchanlik, hissiy tanglik, stressga chidamsizlik, yolg'izlikni boshdan kechirish, o'linga munosabat, somatik kasalliklarning mavjudligi kabi xususiyatlar.

Xulosa:

- koronavirus epidemiyasi paytida yuzaga kelgan ruhiy kasalliklar, dastlabki ma'lumotlarga ko'ra, boshqa epidemiyalarda yoki favquloddagi holatlarda duch kelgan kasalliklardan tubdan farq qilmaydi.

- ushbu epidemiyaning patogen ahamiyati uzoq vaqt davomida ijtimoiy izolyatsiya va uning zarurligi haqida doimiy tushuntirishlar bo'lishi mumkin, bu esa uzoq muddatli tashvish va psixologik himoya mexanizmlarining charchashiga olib kelishi mumkin.

- ushbu omillarni hisobga olgan holda va iqtisodiy inqiroz bilan bog'liq tashvishlanish xavfini hisobga olgan holda, koronavirus infeksiyasining epidemiyasini tibbiy-ijtimoiy hodisa deb hisoblash maqsadga muvofiq bo'lib, u murakkab psixologik va psixiatrik o'rganishni talab qiladi.

ЛИЧНОСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОДРОСТКОВ С НЕСУИЦИДАЛЬНЫМИ АУТОАГРЕССИВНЫМИ ДЕЙСТВИЯМИ

Утеулиева П. Г., Рогов А.В.

Ташкентский педиатрический
медицинский институт. г. Ташкент, Узбекистан
rav1985@mail.ru

Актуальность. Самоповреждающее поведение (поведение аутоагрессивного характера) в настоящее время широко распространено среди подростков различных групп риска. Исследователями отмечается увеличение числа самоповреждений в последние годы, что зачастую вызывает необратимые последствия, которые негативно влияют и психологическое благополучие и на физическое здоровье подростков. Известно, что для таких подростков актуальны межличностные конфликты, поведенческая и эмоциональная неустойчивость, импульсивность и непредсказуемость, сетования на беспомощность, безнадежность или бесполезность, отчаяние.

Цель исследования установить личностные характеристики подростков с несуйцидальными аутоагрессивными действиями.

Материалы и методы исследования. Все больные были обследованы с использованием клинко-психопатологического, клинко-психологического, параклинического и математико-статистического методов исследования. В ходе клинко-психопатологического и клинко-психологического методов исследования изучались особенности личности. Для диагностики психологических

особенностей личности был использован опросник К. Леонгарда – Г. Шмишека

Результаты исследования. Среди личностных особенностей была выявлена склонность к фиксации, драматизации, гиперсензитивность к экстра- и интерсигналам, склонность испытывать тревогу, гнев, чувство вины, даже в отсутствии явных источников стресса, выгодность болезненных переживаний. Типологически эти особенности были подразделены в рамках следующих акцентуаций (по Леонгарду-Шмишеку): демонстративная, гипертимическая, эмотивная, дистимическая, возбудимая и педантичная. В общей выборке обследуемых пациентов установлено также преимущественное преобладание личностей с эмотивным складом характера, в меньшей мере констатировались педантичная и демонстративная акцентуации характера. Анализ полученных данных, установил, что лица с дистимическим (51,0%) и эмотивным (33,9%) складом характера более подвержены реакциям сопровождающимся несуицидальными действиями, в отличие от пациентов с возбудимым типом личности (24,5%). Следует отметить, что пациенты с гипертимными и демонстративными чертами характера менее склонны к несуицидальному аутоагрессивному поведению.

Выводы. Подростки с несуицидальными аутоагрессивными действиями в преморбиде имеют особенности личностных характеристик с эмотивным складом характера и акцентуации личности по дистимическому типу.

АРТ-ТЕРАПИЯ ДИГЕСТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

**Файзуллаева К.Р., Мирворисова З.Ш.,
Бабарахимова С.Б.**

Ташкентский педиатрический
медицинский институт
yuldashevakamilla75@gmail.com

Актуальность проблемы исследования расстройств пищевого поведения у пациентов с параноидной шизофренией является одной из важнейших задач практического здравоохранения (Зверева Н.В., 2022) В литературе научных работ, посвящённых дигестивным

нарушениям у пациентов шизофренического профиля, очень мало и в основном они исследуют клинические проявления данного явления, не акцентируя внимания на гендерные различия и своеобразие клинических различий в синдромологическом аспекте (Ромацкий В.В, 2006). Дискутабельным вопросом в практической психиатрии остаётся и по настоящее время эффективность проведения психотерапевтического вмешательства у пациентов с параноидной шизофренией, коморбидной с расстройствами пищевого поведения (Neumarker К., 2003).

Цель исследования: изучить эффективность применения арт-терапии у пациентов с дигестивными нарушениями, встречающимися в клинической картине параноидной шизофрении для улучшения медико-психологической помощи данному контингенту больных.

Материалы и методы исследования: в исследование были включены 37 пациентов с параноидной шизофренией, находившихся на стационарном лечении в психиатрической больнице. Среди них лиц женского пола было 19 пациенток и 18 мужчин с расстройствами пищевого поведения. В ходе исследования использованы клинко-психопатологический и катамнестический методы исследования. Из психометрических методов использованы Шкала Calgary, Шкала PANSS, EAT-40: тест отношения к приему пищи (диагностика анорексии и булимии) а также ретроспективный анализ историй болезней пациентов. Всем пациентам проводилась психокоррекционная работа в виде групповых сеансов арт-терапии в комбинации с рациональной психотерапией и музыкотерапией.

Результаты исследования: из 37 обследованных больных у 65% диагностирована параноидная шизофрения с непрерывным типом течения F-20.00, у 35% обследованных - параноидная шизофрения с эпизодическим типом течения F-20.01. В обследованной группе в результате тестирования с помощью Шкалы Calgary, выявлено наличие депрессивных расстройств различной степени выраженности, более чем у половины пациентов было отмечено наличие депрессии средней степени выраженности (55%), у 36% обследуемых – депрессии лёгкой степени и у 10% пациентов – регистрировалась депрессия тяжёлой степени. Гендерные особенности дигестивных нарушений у женщин преимущественно были представлены склонностью к избыточному перееданию,

формированием метаболического синдрома. У мужчин нарушения пищевого поведения чаще всего проявлялись отказами от еды, употреблением биологически активных пищевых добавок, способствующих похуданию, что приводило к снижению комплайенса и рецидиву эндогенного процесса. Основным методом психотерапевтического вмешательства явилась арт-терапия с использованием антистресс-раскрасок трафаретов «Еда». До проведения арт-терапии у всех обследуемых пациентов был установлен уровень тяжести депрессивной симптоматики. Сеансы арт-терапии проводили клинические и медицинские психологи в закрытых отделениях городской клинической больницы города ташкента с частотой три раза неделю, продолжительностью 45-60 минут в течении трёх месяцев наблюдения пациентов. Большинство пациентов мужского пола с удовольствием выполняли задания психотерапевта, в основном использовали яркие теплые краски в ходе проведения арт-терапии

Пациенты мужского пола в большинстве случаев, предпочитали раскрашивать трафареты мясной продукции, фаст-фуда, причём наблюдалось у мужчин применение натуральных, естественных цветов палитры красок акварели и гуаши. В отличие от пациентов женского пола, мужчины редко в арт-терапевтическом сеансе использовали мозаику, аппликацию, украшение трафаретов рисунков бисером. Лица женского пола с удовольствием раскрашивали трафареты, отражающие кондитерские изделия- торты, пирожное, конфеты, пиццу, хлебобулочные выпечки. Более длительное участие лиц женского пола в сеансах групповой терапии творчеством объясняется их усидчивостью, склонностью к выполнению рутинной монотонной работы, большей терпеливостью и уплощением эмоциональной сферы. Арт-терапия с использованием аппликационных методов способствовало развитию тонкой локомоторики и формированию стабилизации психоэмоциональной сферы женщин. В отличие от мужчин, лица женского пола выбирали холодные цвета палитры красок для раскрашивания картинок с едой, мотивируя свой выбор отвращением к пище и отсутствием аппетита. Пациентки в большинстве случаев сочетали раскрашивание акварельными красками трафаретов с оформлением мозаики, аппликации, наклеиванием на рисунки зёрен риса, гречки, фасоли. Комбинированное использование методов арт-терапии женщины объясняли более эффективным воздействием релаксирующего

компонента психокоррекционного вмешательства. После групповых сеансов арт-терапии отмечалось значительное снижение тяжести депрессивной патологии и редукция расстройств пищевого поведения. Данные исследования позволяют оптимизировать комплексный подход к терапии дигестивных нарушений у пациентов с параноидной шизофренией, сократить количество госпитализаций, продлить сроки ремиссии и предотвратить возможные соматические осложнения.

Выводы. Таким образом, полученные в ходе исследования результаты способствуют улучшению планирования оказания фармакотерапии в комбинации с психотерапией. Использованные интегративные методы психотерапии для пациентов с параноидной шизофренией с учётом гендерных особенностей в условиях психиатрических больниц помогут оптимизировать реабилитацию пациентов с ограничительным пищевым поведением, сократить количество госпитализаций и максимально продлить период ремиссии.

КОНТРАСТНАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ И МИКРОТРЕМОР ГЛАЗ У ЛИЦ С ШИЗОАФФЕКТИВНОЙ И ШИЗОТИПИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКОЙ: ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

*И.И. Шошина¹, А.С. Федорова¹,
З.Т. Гусейнова², И.С. Ляпунов³,
М.В. Иванов², С.И. Ляпунов³*

Научный руководитель И.И. Шошина,
доктор биологических наук

¹Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург, Россия

²Национальный медицинский исследовательский
центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева,
Санкт-Петербург, Россия

³Институт общей физики им. А.М. Прохорова РАН,
Москва, Россия

fedorovaa160@gmail.com

Актуальность исследования состоит в необходимости разработки маркеров дифференциальной диагностики расстройств

шизофренического спектра, в частности шизоаффективного и шизотипического расстройств. Зрительные функции в этом плане имеют большие перспективы. Результаты многих исследований свидетельствуют об изменении при шизофрении активности магно- и парвоцеллюлярной зрительных нейронных систем, которые обеспечивают механизмы глобального и локального восприятия и анализа информации (Шошина И.И. и др., 2021). Активность этих систем, в большинстве случаев, оценивается по параметрам контрастной чувствительности в разных диапазонах пространственных частот. Нейроны магноцеллюлярной системы более восприимчивы к низким частотам, парвоцеллюлярной системы - высоким пространственным частотам. Согласно теории треморно-модуляционного сигнала (Ляпунов С.И. и др., 2017) контрастная чувствительность взаимосвязана с характером микродвижений глаз. Совместное использование методов измерения контрастной чувствительности и регистрации микротремора глаз, предположительно, может стать более совершенным инструментом дифференциальной диагностики, который отражал бы картину изменения психического состояния пациентов, как это было показано для шизофрении.

В настоящем пилотном исследовании приняли участие 6 пациентов с диагнозом шизотипическое расстройство личности и 7 пациентов с диагнозом шизоаффективное расстройство личности, данные которых сравнивались с таковыми здорового контроля без неврологических и психологических диагнозов в анамнезе. Регистрировали контрастную чувствительность при предъявлении элементов Габора с пространственной частотой от 0,2 до 10 цикл/град. С помощью оптической системы и авторского программного обеспечения фиксировали и рассчитывали параметры микротремора глаз (Ляпунов С.И. и др., 2022).

В ходе первичного анализа данных значимых различий в показателях контрастной чувствительности между пациентами с шизотипической и шизоаффективной симптоматикой не зафиксировано. При сравнении же данных пациентов со здоровым контролем установлены значимые различия по контрастной чувствительности в диапазоне средних и высоких пространственных частот (6,0-10,0 цикл/град). Относительно показателей микротремора глаз зарегистрированы значимые различия между психически здоровым контро-

лем и пациентами с шизотипической и шизоаффективной симптоматикой в диапазоне частоты тремора 4-70 Гц. Между собой пациенты различались по амплитуде тремора в частотном диапазоне 45-110 Гц, соответствующем синхронизирующей гамма-активности.

В качестве первичного вывода можно сказать, что характеристики контрастной чувствительности и микротремора глаз отличаются у психически здоровых и пациентов с шизотипическим и шизоаффективным расстройствами, а также между собой. Таким образом, получены первичные данные позволяющие говорить о перспективах использования зрительных функций в целях дифференциальной диагностики расстройств шизофренического спектра.

МЕЖДУНАРОДНЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ, НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКАНСКОГО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА НАРКОЛОГИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Хайрединова И.И.^{1,2}, Ашуров З.Ш.^{1,2}

¹Республиканский специализированный
научно-практический медицинский
центр наркологии, Ташкентская область,
Республика Узбекистан

²Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан
e-mail: inara.khayredinova@mail.ru

Введение. Международное сотрудничество – неотъемлемая часть прогрессивного развития медицины. Международное сотрудничество дает возможность «не изобретая велосипед», использовать мировой опыт, развивать собственные идеи с привлечением международного потенциала. Основная цель развития международного сотрудничества РСНПМ центра наркологии, это повышение качества оказываемых услуг населению. Наша цель, развитие научного и образовательного потенциала, повышение узнаваемости и конкурентоспособности, всесторонняя интеграция центра в мировое научное и образовательное сообщество.

Цель. Анализ деятельности РСНПЦН по международной деятельности.

Результаты. Одним из аспектов развития является сотрудничество с международными организациями, ведущими зарубежными центрами, осуществляющими деятельность в сфере психического здоровья. На сегодняшний день РСНПМЦН имеет соглашения с ведущими научными центрами стран СНГ, в частности, ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы»;) ГБУЗ Республиканский наркологический диспансер №2 Министерства здравоохранения Республики Башкортостан;) ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского»» Минздрава России; ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» Белоруссия, Минск Институт психотерапии и медицинской психологии им. Б.Д. Карвасарского; ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Минздрава России; ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» Белоруссия; РГП на ПХВ "Республиканский научно-практический центр психического здоровья" Министерства здравоохранения Республики Казахстан. Предметом Соглашений с ведущими учреждениями является сотрудничество в области осуществления совместной научной и практической деятельности сторон в сфере совершенствования организации психиатрической и наркологической помощи, а также реабилитации пациентов, страдающих психическими расстройствами, в том числе синдромом зависимости от психоактивных веществ. Совместно с партнерами организуются научно-практические мероприятия. Так, за 2022 год было проведено 2 вебинара, 2 научно-практической конференции, 2 научно-практического семинара, научно-образовательный проект «Самаркандская весенняя школа молодых психиатров и наркологов», Узбекско-Белорусский форум «Современные подходы к оказанию психиатрической и наркологической помощи: традиции и инновации».

Установлено партнерства с международными организациями - UNODC, CADAP, ISSUP.

В отчётном периоде врачи-наркологи приняли участие в следующих мероприятиях: международной конференции в рамках

проекта GLO71 «Тreatnet-II: Лечение наркозависимости и её последствий для здоровья»; региональном тренинге по курсу «Клиническая супервизия» в рамках проекта GLO71 «Тreatnet-II»; региональном тренинге по курсу «Ситуационное управление: Лечение, основанное на подкрепляющих стимулах» в рамках проекта GLO71 «Тreatnet-II»; экспертном совещании в рамках программы по предотвращению распространения наркотиков в Центральной Азии (CADAP-7); заседании Регионального координационного комитета в рамках программы CADAP-7; региональном семинаре в области профилактики и лечения наркомании в рамках программы CADAP-7.

РСНПМ центр наркологии совместно с Региональным Представительством УНП ООН в Центральной Азии организовал научно-практическую конференцию, посвященную международному дню борьбы с наркоманией, «Современное состояние и перспективы развития наркологической службы». В 2022 году при техническом содействии Регионального представительства УНП ООН в Центральной Азии начато исследование по оценке проблемного наркопотребления в Республике Узбекистан. Специалистами наркологической службы во всех регионах республики проведен этап формативного исследования.

Сотрудники Центра наркологии совместно с партнерами готовят совместные публикации, научные статьи, монографий. За 2022 год было опубликовано 5 статей, подготовлена 1 монография.

С целью выполнения поставленных задач в Постановлении Президента Республики Узбекистан за № 244 «О дополнительных мерах по дальнейшему совершенствованию системы оказания наркологической помощи населению» от 16.05.2022года, 30 специалистов наркологов прошли повышение квалификации в зарубежных центрах наркологии, из них 10 в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, 20 в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева» Минздрава России. По итогам были разработаны механизм внедрения инструментов диагностики, лечения и медико-социальной реабилитации в систему общественного здравоохранения республики.

По инициативе министра здравоохранения РУз, А.Ш. Иноятова, в 2022 году был создан Ученый Совет РСНПМ центра наркологии,

который определяет стратегические вопросы развития научных исследований, научно - организационной и образовательной деятельности в РСНПМ центра наркологии. В состав Совета входят члены из ведущих зарубежных медицинских учреждений – ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России; ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева» Минздрава России; ФГБОУВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России; ГУ«Республиканский научно-практический центр психического здоровья» Белоруссия;

Белорусский государственный медицинский университет;
РГП на ПХВ "Республиканский научно-практический центр психического здоровья" Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

Со стороны правительства большое внимание уделяется службе психического здоровья Республики Узбекистан. Одним из значимых международных мероприятий явилось организация Круглого стола с участием Первого заместителя советника Президента Республики Узбекистан по вопросам молодежи, науки, образования, здравоохранения, культуры и спорта, д.м.н. Л.Н. Туйчиева, представителей психиатрической и наркологической служб РУз и Представителей психиатрической и наркологической служб Российской Федерации, Белоруссии и Казахстана, который состоялся 27 сентября 2022 года.

Ярким примером успешного международного сотрудничества является участие в работе заседания Базовой организация государств – участников Содружества Независимых Государств в области психиатрии и наркологии. Основными направлениями деятельности Базовой организации являются: содействие развитию и укреплению связей между медицинскими организациями, медицинскими образовательными и научными организациями в области психиатрии и наркологии, рекомендуемыми министерствами здравоохранения государств-участников СНГ.

Заключение. Международная деятельность Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра наркологии осуществляется в форме активного сотрудничества с крупнейшими зарубежными организациями, координирующими работу в сфере профилактики, лечения и реабилитации психических

и поведенческих расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ. Центр наркологии нацелен на дальнейшее развитие сотрудничества в области медицины и образования.

Международное сотрудничество – одно из приоритетных направлений деятельности Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра наркологии.

ИЗМЕНЕНИЯ В ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЕ ПОДРОСТКОВ С ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИЕЙ

Халилов Ш.Б., Бабарахимова С.Б.
Ташкент, Узбекистан.
sayorababaraximova2010@gmail.com

Актуальность: бесконтрольная игровая компьютерная деятельность сопровождается повышенной раздражительностью, склонностью к противоправным действиям, враждебным восприятием окружающего мира (Пережогин Л.О., 2015). По данным ряда авторов, микросоциальное окружение, в том числе семья, стили родительского воспитания и образовательные учреждения способствуют риску развития интернет-зависимого поведения у детей и подростков (Малыгин В.Л., 2020). В пубертатном периоде отмечается нарастание депрессивной симптоматики на фоне идей собственной неполноценности и дисморфофобических включений со склонностью к аддиктивному поведению, своевременно не диагностированных вследствие неблагоприятного эмоционального микроклимата в семье и отсутствия взаимопонимания между детьми и родителями. По оценкам зарубежных исследователей (Rosenberg O., 2013) риск формирования нехимических зависимостей имеет около 10 % популяции. В связи с ростом научного прогресса и более обширного влияния информационных технологий на современное общество возникает проблема предупреждения отрицательных последствий на психику наиболее подверженных влиянию слоев населения - детей и подростков, у которых уход в «виртуальный мир» сопровождается полной отрешенностью от реальной действительности и делинквентным поведением (Пережогин Л.О., 2015).

Цель исследования: изучить динамику психоэмоциональных изменений на этапах формирования интернет-аддикции у подростков для оптимизации психокоррекции поведенческих нарушений данного контингента населения.

Материал и методы исследования: объектом для исследования явились 68 посетителей интернет-клубов и интернет-кафе в возрасте от 12 до 17 лет; для определения эмоционального статуса использовали Госпитальную шкалу оценки тревоги и депрессии, для определения уровня тревожности была использована методика измерения личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина.

Результаты и их обсуждения: В ходе исследования было установлено, что 60% обследованных увлеклись компьютерными играми в возрасте 12-14 лет, 25% опрошенных – в 15 лет, и лишь 15% подростков начали играть в компьютерные игры в возрасте 16-17 лет. В ролевые компьютерные игры «от первого лица» играло 80% опрошенных лиц, остальные 20% играли в ролевые компьютерные игры «от третьего лица. Потребность в этой форме игры опрошенные объясняли желанием уйти от реальности и потребностью в принятии более значимой социальной роли. У 14 исследуемых лиц выявлена социализированная форма зависимости. Эти подростки всегда играют с другими, мотивация игры носит соревновательный характер, в отсутствие компании в другие игры не играют, неудовлетворенность испытывают в случае проигрыша команды. 60% подростков имеют индивидуализированную форму зависимости, всегда играют в одиночку, потребность в игре высокая, в отсутствие игры испытывают неудовлетворенность, негативные эмоции, тревогу. Исследование аффективных расстройств показало, что их наличие и выраженность связаны с формой и стадией зависимости от ролевых компьютерных игр. Так у лиц с социализированной формой зависимости в 25% случаев выявлена стадия легкой увлеченности компьютерными играми, в 75% случаев – стадия увлечения. У подростков с этой формой зависимости аффективные расстройства выявлены у 14 опрошенных, эти лица отличались длительным игровым стажем. По шкале HADS субклинически выраженная тревога и депрессия выявлена у лиц со второй стадией зависимости от компьютерных игр. У подростков с первой стадией зависимости отмечалось снижение настроения и появление

чувства вины в случае проигрыша команды, при повторном тестировании по шкале HADS отмечалось наличие субклинически выраженной тревоги. При второй стадии зависимости вне игры подростки жаловались на скуку, снижение настроения, подавленность, в случае появления возможности провести командную игру отмечалась эйфория, усиление воображения, повышение настроения, фантазии об игре. У лиц со второй стадией зависимости повторное тестирование показало сохранение субклинически выраженной тревоги и депрессии. У лиц с индивидуализированной формой зависимости в 100% случаев выявлены тревожно-депрессивные расстройства. В соответствии со стадией зависимости меняется выраженность эмоциональных расстройств. У 18 подростков была выявлена стадия увлечения от компьютерных игр, в 83 % случаев по шкале HADS в первом тестировании определялась субклинически выраженная тревога, в 27% случаев выявлена субклинически выраженная депрессия. Эти подростки испытывали чувство тревоги из-за отсутствия возможности проводить время за компьютерными играми, при появлении такой возможности уровень тревоги значительно снижался. Повторное тестирование изменение уровня депрессивных расстройств не выявило, эти подростки связывали свое состояние с постоянными конфликтами с родителями, с их непониманием и завышенными требованиями к учебе. У 3 подростков была выявлена третья стадия зависимости от компьютерных игр. В этой группе при первом и втором тестировании по шкале HADS выявлена клинически выраженная тревога и депрессия. Эти подростки плохо контролируют себя, становятся эмоционально неустойчивым, снижается критика к поведению, в случае прерывания игры отмечается агрессивность, грубость. У этих подростков отсутствовал эмоциональный и поведенческий самоконтроль. В ряде случаев у подростков с индивидуализированной формой зависимости отмечалась астения, безразличие ко всему, что не касается его увлечения, пропуски уроков, снижение успеваемости. Поведенческие нарушения у лиц с компьютерной игровой зависимостью проявлялись в виде патохарактерологических реакций оппозиции и протеста, демонстративно-шантажным суицидальным поведением в результате конфликтов с родителями. 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. Тревожные переживания, в основном, были представлены состоянием тревожной гипотимии, связанной с ожиданием отсутствия возможности доступа подключиться к сети в интернет и начать компьютерную игровую деятельность.

Выводы. Таким образом, психоэмоциональные изменения являются ведущими в клинической картине зависимости и усиливаются по мере развития интернет-аддикции, приводят к уязвимости в развитии эмоциональной саморегуляции, неспособности справляться со стрессовыми ситуациями, развитию выраженных астено-депрессивных состояний и патологического формирования личности. Наиболее опасным в плане формирования интернет-зависимого поведения являются такие факторы, как неполный состав семьи, наличие неродных родителей, воспитание у родственников или вне семьи. Раннее выявление дисфункциональных и амбивалентных семей и деструктивных стилей воспитания является первоочередной задачей в превенции интернет-аддикции у подростков для снижения риска по суицидальной готовности среди данного контингента населения.

ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОГО ТЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Хаятов Р.Б., Шамсикулова С.А.

Самаркандский государственный
медицинский университет, Самарканд,
Республика Узбекистан
hayatov.rustam@gmail.com

Зависимость от психоактивных веществ оказывает негативное влияние на течение аффективных расстройств, с другой стороны, наличие аффективной патологии служит фактором, ускоряющим и усугубляющим формирование зависимости от психоактивных веществ. Такие комбинированные формы зависимости обычно

связаны с плохим прогнозом и психофармакологическим лечением, а также с более высоким риском суицида.

Цель исследования: Выявление частоты встречаемости, описание нозологической структуры и клинической типологии депрессивных расстройств у пациентов с алкогольной зависимостью.

Материалы и методы исследования

Объектом исследования явился диагноз алкогольная зависимость (психическое заболевание и расстройства поведения, связанные с употреблением алкоголя. Синдром зависимости. F10.2 по МКБ-10), находящийся на лечении в Самаркандском областном отделении наркологии. Участвовало 60 пациентов. Все пациенты были мужчинами в возрасте от 32 до 63 лет (средний возраст $47,4 \pm 4,3$ года). Комплексное обследование пациентов с алкогольной зависимостью, поступивших в наркологическое отделение, проводилось с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS).

Все участники с признаками депрессии и тревоги были направлены в диспансерное отделение Самаркандской областной психиатрической больницы для дальнейшего обследования.

Результаты исследований: Симптомы депрессии всеми методами выявлены у большинства больных алкоголизмом, а сочетание депрессии и тревоги отмечено у 39 (35%) ($p < 0,05$) больных. Однако для потребителей алкоголя характерно преобладание субклинической тревоги и депрессии по методу HADS - 48 (80%) случаев, по сравнению с клинической тревогой и депрессией - 12 (20%) обследованных ($p < 0,05$). Исследование по шкале Гамильтона показало, что у большинства пациентов выявлялись прямые и косвенные симптомы депрессии ($p < 0,05$). Кроме того, по шкале депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS) у большинства больных отмечалась негативная самооценка с заниженной самооценкой, негативным взглядом на мир и свое будущее - 38 человек или 63,3 %, $p < 0,05$.

Анамнестические данные подтвердили сочетание алкоголизма у больных с фобиями, паническими атаками, тревогой и напряжением, а также отягощенной наследственностью и детской травмой по алкоголизму и психическим заболеваниям.

Выводы.

1. Частота депрессивных расстройств, выявленных в результате опроса, достоверно выше, чем жалобы пациентов на депрессию,

которые пациенты предъявляют врачу самостоятельно. Следует отметить, что симптомы депрессии у больных присутствуют и при активном лечении, т.е. в остром и подостром периоде заболевания и в ремиссии.

2. Выявлена связь между аффективными симптомами и алкоголизмом у лиц, страдающих алкогольной зависимостью.

INFLUENCE OF LEARNING STRESS ON THE DEVELOPMENT OF ASTHENIC SYNDROME IN MEDICAL STUDENTS

**Hayatov R. B.,
Shamsikulova S. A.**

Samarkand State Medical University,
Samarkand, Republic of Uzbekistan
hayatov.rustam@gmail.com

Introduction. In the last decade, the problem of studying the mental health of university students has become increasingly relevant. The results of studies conducted in different countries indicate that students are more likely than the general population to have symptoms of depression, anxiety and distress.

Academic stress is considered as the cause of such disorders, which negatively affects students, reduces life satisfaction, negatively affects working capacity and general health, causing anxiety and depression, which, in turn, correlate with the risk of developing a wide range of somatic pathologies and psychosomatic disorders, enhance suicidal ideation in these individuals.

The most vulnerable in this regard are medical students, whose academic workload is on average 2 times higher than that of students from other universities. Thus, the prevalence of chronic stress, the main source of which is educational factors, among medical student's ranges from 38% to 62%. At the same time, in order to cope with stress, they start drinking alcohol, smoking tobacco, which turns out to be ineffective and does not reduce the high prevalence of psychosomatic complaints and suicidal experiences in these people, which occur in more than half of the students - physicians. The activities of medical students are among the emotionally intense types of work, since their academic load is on average twice as

high as in non-medical universities, which is reflected in the level of their mental and somatic health. The main stress factors that arise in the process of studying clinical disciplines include a large amount of teaching load, uncertainty about one's own professional qualities, and a significant amount of effort required to complete homework, which often lead to stress-induced disorders.

According to the medical students themselves, the most stressful for them are a large study load, fear of the future, unwillingness to study or disappointment in the profession, and significant stressful situations are the periods of the session and passing exams. In general, a high level of mental and psycho-emotional stress, strict organizational requirements, frequent violations of the regime of work, rest and nutrition, repeated stressful situations of tests and exams lead to a breakdown in the processes of mental adaptation in students of medical specialties, which may be one of the reasons formation of social stress mental disorders.

The greatest stress among students was caused by pressure from teachers.

A high level of academic stress reduces life satisfaction, negatively affects general health and academic performance and leads to the fact that the vast majority of medical students (83%) have suicidal thoughts (66% often and 17% rarely). At the same time, the risk of suicide among medical students is associated with a high level of mental and physical stress that increases during the session, lack of time, the need to learn a large amount of information in a short time, increased requirements for solving problem situations, which leads to mental maladaptation and manifests itself as anxiety-depressive disorders.

In general, the factors that cause academic stress in all medical students (Khan J.M. et al., 2013) are numerous.

Purpose of the study was to study the mental health of university students and to assess the prevalence of symptoms of asthenic syndrome.

Materials and methods. The study involved 270 students (190 boys and 80 girls) of the III and V courses of the pediatric and medical faculty at the age of 19-24 (21.0 ± 1.3) years. The main research methods were

1. Medical and sociological.
2. Psychometric.
3. Statistical: descriptive statistics, non-parametric Mann-Whitney test for comparing two independent variables, correlation and factorial analysis.

Research results and discussion.

An analysis of socio-demographic data showed that the majority - 210 (77.7%) - before entering the Medical University lived in an urban-type settlement and rural areas, the remaining 60 (22.3%) in the city, respectively. 89 (32.9%) people had bad habits. At the same time, 13.1% used beer and low-alcohol drinks, 19.8% - nicotine addiction. 52 (19.2%) students had an established diagnosis of a somatic disease in their anamnesis.

An analysis of the results of the Hospital Anxiety and Depression Scale showed (diagram 1) that the majority of students - 68.2% - had anxiety, and 29% had a clinical level. In 11% of cases, symptoms of depression were detected, the level of which in 3.2% qualified as clinical.

The method of express diagnostics of the level of personal frustration V.V. Boyko found that in 50.2% of cases there was a steady tendency to frustration (in the remaining 48.2%, the level of frustration was low).

The self-assessment test of stress resistance by S. Cohen and G. Williamson showed that only in 31.9% of cases stress resistance was defined as good and satisfactory, in the remaining 62.6% and 5.4% it was classified as poor and very poor, respectively.

The vast majority of students - 246 (91%) - had asthenia, which in 178 (75.6%) cases was classified as moderately severe. In 78 (51.3%) cases it was combined with severe emotional lability, in 75 (48.1%) cases with attention disorder, in 82 (52.6%) cases with autonomic instability. In 204 (87.3%) students, asthenia was combined with various sleep disorders.

In 168 (80.1%) cases, individual symptoms of autonomic instability were found, combined with asthenia, in 17 (9.4%) cases - reaching the clinical level of somatoform autonomic dysfunction (cardiovascular system - 7%, respiratory - 3.5%, 2.1% - digestive), in 4 (1.6%) - subclinical level. In half of the cases, the symptoms of somatoform autonomic dysfunction were combined with mild symptoms of hypochondriacal disorder. In 83 (29.3%) cases, individual symptoms of social phobia were found, which in 36 (18.8%) cases were mild and hindered social functioning. In 15 (9.0%) cases, symptoms of dysthymia were diagnosed, combined with subclinical 8 (4.8%) and clinical 7 (4.2%) levels of depression according to the HADS scale. Nightmares were observed in 125 (71.7%) students, and night terrors in 34 (15.7%). The so-called sleep paralysis was in 31 (18.7%) people, was observed from 1 to several times a year in 25 (80.6%) students, 1 time per

month occurred in 3 (9.7%) people, once a week - in two (6.5%), several times a week - in 1 (3.2%) person.

Conclusion. Thus, as a result of the study, it was found that the greatest educational stress among medical students of the first year of study was caused by: a large study load, irrational class schedule, strictness of teachers, lack of textbooks, living away from parents and difficulties in organizing the daily routine. The most significant manifestations of stress were affective and psychosomatic disorders, as well as attention disorders. The clinical structure and factorial significance of stress symptoms indicate a high risk of developing psychosomatic disorders. Destructive ways of coping with stress prevailed: drinking alcohol, smoking, overeating, taking sedative drugs. This approach to coping with stress can be a factor in the formation of addictive and dependent behavior. To prevent the states of socio-psychological maladjustment, a high level of anxiety, the development and implementation of a differentiated stress management program is required, which includes the following tasks:

1. Informing students about stress and learning how to overcome it and adapt. In a broader context (methods of resolving conflicts, overcoming auto- and hetero-aggressive tendencies, methods of relaxation, etc.).

2. Teaching students to competently plan their time, methods of optimal independent work with educational literature, development of self-presentation skills and awareness in the stages of building a career.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ, СОЧЕТАННОЙ С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Холмуродова М.Б. Рогов А.В.

Ташкентский педиатрический
медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан
rav1985@mail.ru

Актуальность. В настоящее время большой интерес вызывает проблема коморбидности шизофрении и соматической патологией. Из факторов, способствующих нарушению нейропластичности головного мозга у больных параноидной шизофренией, значимым

является нарушение церебральной перфузии. Вовлечение общих анатомических структур реализующих целый спектр нарушений высшей нервной деятельности человека. Изменения паттернов как на уровне функциональных расстройств, характерных для параноидной шизофрении, так и на структурном уровне, характерный церебрально-гемодинамической патологии, приводит к извращению привычного патоморфоза параноидной шизофрении.

Цель работы: Изучить особенности клинического течения параноидной шизофрении, сочетанной с хроническими соматическими заболеваниями.

Материал и методы исследования: Обследовано 70 больных параноидной шизофренией (F20.00 по МКБ-10) в возрасте от 20 до 50 лет, из них 34 (48,6 %) имели коморбидную соматическую патологию. Исследование проводилось на базе городской клинической психиатрической больницы г.Ташкента. Сочетанная соматическая патология - вне обострения. Длительность соматического заболевания составляла не менее 3 лет. Основным методом оценки психопатологической симптоматики явилась Шкала позитивных и негативных расстройств (PANSS). Психическое состояние больных оценивалось клинико-психопатологическим методом. Данные о наличии соматических и неврологических заболеваний были получены на основании амбулаторного и/или стационарного обследования терапевтом, неврологом, с использованием дополнительных методов исследования.

Результаты: В ходе исследования установлено, что чаще всего (15 пациентов – 44,1 %) отмечались заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца). Заболевания органов пищеварения: хронические гепатит, холецистит, гастрит, колит были выявлены в 10 случаях (29,4 %). У 5 пациентов (14,7 %) отмечались заболевания органов дыхания (преимущественно хронический бронхит). На последнем месте (4 пациента 11,8 %) были заболевания почек: мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит. Риск возникновения ишемической болезни сердца среди больных параноидной шизофренией значительно выше у женщин старше 55 лет (77,6 %), с сопутствующими соматическими заболеваниями (гипертоническая болезнь, сахарный диабет), избыточным (44,4%) или недостаточным (33,3%) весом. У больных параноидной шизофренией, сочетанной с сердечно-

сосудистыми заболеваниями отмечается схожесть показателей PANSS (среднее значение позитивных симптомов 52 балла). В клинической картине у них отмечается невыраженная бредовая симптоматика (3 балла), преобладает депрессивная (с тревогой при гипертонической болезни и апатией при ишемической болезни сердца) и галлюцинаторная (5 баллов) при значительном снижении критики (5 баллов) или неглубокий дефект (средние показатели шкалы негативных синдромов 46 баллов, анергии 46 баллов). Присоединившаяся соматическая патология сглаживает дефицитарную симптоматику за счет снижения анергии и нарастания тревожно-депрессивных расстройств. Церебрально-органическая недостаточность встречается достоверно чаще у больных параноидной шизофренией с позитивной симптоматикой, чем с негативной: дисциркуляторная энцефалопатия различного генеза - 40% больных шизофренией с позитивной симптоматикой и 16,9% больных с негативной ($p < 0,05$); родовая травма в анамнезе у 25% больных шизофренией с позитивной симптоматикой и 7,7% больных с негативной ($p < 0,05$) повышает риск возникновения неврологических осложнений у больных шизофренией с позитивной симптоматикой и требует дополнительного использования ноотропных препаратов. У всех пациентов отмечается сильное снижение критичности и осознания болезни (среднее значение по PANSS - 5 баллов) не только в отношении к психическому заболеванию, но и к сопутствующей соматической патологии. Это может приводить к возникновению осложнений при назначении психотропной терапии и, в конечном итоге, снижать качество и продолжительность жизни данной категории больных.

Выводы: Таким образом, проведенное нами исследование позволило выявить необходимость нового подхода к организации помощи больным с сочетанной психической и соматической патологией и определить направления лечебно-реабилитационных рекомендаций для использования их психиатрами и врачами общей практики.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ, СТРУКТУРА ПОГРАНИЧНОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У УЧАЩИХСЯ ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ГИПЕРИНФОРМАЦИОННОЙ ЦИФРОВОЙ СРЕДЫ

Чубаровский В. В.

Федеральное бюджетное учреждение науки
"Федеральный научный центр гигиены
им. Ф. Ф. Эрисмана" Федеральной службы
по надзору в сфере защиты прав
потребителей и благополучия человека,
Сеченовский университет
141014, Московская область,
город Мытищи, улица Семашко, дом 2, Россия,
fncg@fferisman.ru

Проблемы сохранения психического здоровья на рубеже XX-XXI веков приобрела исключительно значение. Последние десятилетия отмечается значительный рост различных форм пограничной психической патологии у лиц подросткового и юношеского возраста. В отечественной и зарубежной литературы приводятся данные значительной распространенности различных форм аффективной патологии, а также расстройств поведения. Особо следует отметить критически изменения в социальной среде произошедших последние 20 лет, именно резко увеличение информационной нагрузки. Широкое распространение получило использование различных гаджетов электронных носителей информации, что привело к существенным изменениям в учебной нагрузке и в структуре бюджета свободного времени.

Во многих странах мира отмечается существенный рост ранее не встречавшихся форм зависимости, частности информационные аддикции: интернет-зависимость, компьютерная зависимость, игровая зависимость. По мнению многих исследователей, формирование и динамика информационных аддикций происходит по тем же механизмам, что и аддикции от психоактивных веществ и алкоголя.

В нашей стране ситуация резко изменилась в течение последних лет в связи с эпидемией covid-19 и вынужденного пребы-

вания значительных контингентов детей и подростков в самоизоляции, переходе на дистанционное обучение. Это привело к резкому изменению жизненного стереотипа обучающихся, перенапряжению во многих случаях барьера психической адаптации и проявлением различных форм психических отклонений.

В следствии ряда обстоятельств обращаемость подростков и их родителей с пограничными психическими нарушениями к врачам-специалистам крайне низкая (феномен «психиатрофобии» Чубаровский В. В.. 2018), поэтому значительная часть пациентов находится вне поля зрения клиницистов, а данные о реальных эпидемиологических показателях психических нарушений в данной возрастной группе практически отсутствуют.

Целью настоящего исследования явилось изучение состояния психического здоровья учащихся старшего подросткового возраста в постковидный период.

Объект исследования и методы: клинико-эпидемиологическим методом обследовано 159 подростков – учащихся 10 классов медицинского предуниверсария г. Москвы, в возрасте 15–16 лет. Количество юношей составило 41 (25,79%) и девушек 118 (74,21%). Обследование проводилось в два этапа: на первом проведено анкетирование с использованием разработанного опросника, а на втором очный опрос участников и клиническая оценка психического состояния подростков. Опрос проводился врачом-специалистом, а клиническая оценка психического состояния обследованного осуществлялась на основе унифицированной оценки состояния пациента. Фиксировались как синдромально-очерченные состояния, так и нарушения субклинической, донологической степени выраженности, определяемые как «невротические реакции». «Предболезненные состояния» соответствовали четырём критериям (Семичев С. Б. 1978, Александровский Ю. А. 2000, 2010, Чубаровский В. В. 2019): 1. - слабовыраженные и моносимптомные; 2.- стереотипия возникновения; 3. нестойкость; 4. -частота возникновения 1 и чаще раз в неделю. Следует отметить, что исследование проводилось в апреле-мае месяце 2021 года, в условиях, когда учащиеся значительное количество учебного времени в течении года провели на удалённом обучении.

При анализе результатов полученных данных выявлены следующие особенности: пограничные психические отклонения

различной степени выраженности были определены у 65,5% всех обследованных. При этом частота их встречаемости была существенно выше у девушек 70,3% против 51,2% у юношей ($p < 0,05$). В структуре выявленных нарушений ведущее место принадлежало невротическим реакциям. Показатель их распространённости в обследованном контингенте составил 27%. Данная форма нарушений с несколько большей частотой отмечалась у юношей. Анализ частоты встречаемости отдельных типов нарушений выявил доминирующее положение астенических нарушений. Подростки предъявляли моносимптомные жалобы на чувство общей слабости, разбитости, головные боли, расстройство сна, приступы тахикардии и гипергидроза, головокружения. Данные жалобы отмечались у подростков обоего пола с равной частотой (19,5%), нарушения были нестойкими и стереотипными. Обсессивно-фобические реакции были выявлены у 5 процентов учащихся. Жалобы касались преимущественно навязчивых мелодий, воспоминаний, сомнений, носивших отвлечённый характер и обострившихся в экзаменационный период. Невротические реакции депрессивного типа встречались существенно реже (2,5%) и не обнаруживали значимых различий по фактору пола.

Синдромально-очерченные невротические состояния (расстройство приспособительных реакций F43.2) встречались в обследованном контингенте с достаточно высокой частотой – 13,2%. Данная форма расстройств достоверно чаще диагностирована у девушек -16,1% против 4,9% у юношей ($p < 0,05$). В структуре отдельных типов невротических синдромов ведущее значение принадлежало астеническому симптомокомплексу. Подростки предъявляли стойкие жалобы на чувство усталости, утомляемости, разбитости, сонливости, головной боли, головокружения, расстройство сна. Данные состояния носили относительно стойкий характер и имели отчётливую тенденцию к негативному течению, выразившемся в усложнении психопатологической симптоматики и усилении жалоб. Невротические депрессивные состояния встречались редко и не обнаруживали гендерных различий.

«Неврозоподобные состояния» - данный термин традиционный для отечественной психиатрии и употребляется в отношении синдромально-очерченных расстройств невротического круга, развивающихся на фоне или вследствие, имеющейся хронической

соматической патологии или имеющихся признаков остаточных явлении органического поражения ЦНС экзогенного генеза. Данная форма нарушений выявлена у 25,1% обследованных. У подростков женского пола показатель их распространённости составил 27,9% у юношей 17,1%. Жалобы астенического круга сочетались с наличием хронической патологии ЖКТ, лёгких, сердечно-сосудистой системы и прочее. Ухудшение психического состояния развивалось на фоне обострения хронического соматического заболевания и выражалось прежде всего в резком обострении астенической симптоматики Любопытным является то обстоятельство, что наличие болезненной симптоматики далеко не всегда сопровождалось возникновением учебной дезадаптации, в частности снижением успеваемости. Неврозоподобные депрессивные и обсессивно-фобические расстройства отмечались только у девушек в незначительном числе наблюдений.

Следует отметить, что столь высокая распространённость синдромально-очерченных состояний невротического круга - 38,3 % выявлена у учащихся подросткового возраста впервые и, по всей видимости, в значительной степени обусловлена длительным периодом обучения онлайн и резким увеличением информационной нагрузки. Так исследование, проведённое группой специалистов по идентичным методикам в 2018 году, выявило синдромально-очерченные нарушения у 26,0 % учащихся подростков (Лабутьева И. С. 2018).

Из факторов риска в отношении высокой распространённости проявлений психической дезадаптации следует отметить - крайне высокое время работы с электронными носителями информации, значительное сокращение продолжительности ночного сна до 6 часов, существенное снижение физической активности, сокращение времени пребывания на воздухе.

Полученные данные свидетельствуют о негативной динамике состояния психического здоровья у учащихся старшего подросткового возраста в условиях самоизоляции, и резком увеличении информационной нагрузки при онлайн обучении и широком использовании гаджетов в образовательном процессе. Вышеуказанное требует разработки мер первичной и вторичной психопрофилактики у данного контингента учащихся.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Чурбакова О.Ю., Прокопенко Ю.А.
ОБГУЗ «Тамбовская психиатрическая
клиническая больница»,
churbakova-o@mail.ru

Согласно данным ВОЗ, каждый год в течение последних семи лет количество детей с аутизмом увеличивается строго на 13%. Это без преувеличения убийственные цифры, от которых уже невозможно отворачиваться.

Аутизм — это расстройство, возникающее вследствие нарушения развития головного мозга и характеризующееся выраженным и всесторонним дефицитом социального взаимодействия и общения, а также ограниченными интересами и повторяющимися действиями. Все указанные признаки проявляются в возрасте до трёх лет. Схожие состояния, при которых отмечаются более мягкие признаки и симптомы, относят к расстройствам аутистического спектра.

Истинная причина возникновения данного заболевания пока не известна, ученые всего мира работают над этой проблемой. Несмотря на это в современной науке остаются неисследованными, многие пути лечения и коррекции данного заболевания. В связи с этим целью данной работы стало в расширении научного представления влияния метода транскраниальной микрополяризации проводимого одновременно с коррекционно развивающей программой для детей с умеренным или умеренно-выраженным дефицитом нейродинамических компонентов высших психических функций, различного генеза.

На базе ОБГУЗ «Тамбовской психиатрической больницы» детского отделения, было проведено экспериментальное исследование (2022 год), которое было разделено на две группы:

1 группа дети, находящиеся на стационарном лечении в детском отделении, принимающие медикаментозное лечение и прошедшие 10 коррекционных занятий включая песочную терапию, проводимые медицинским психологом (30 человек); 2 группа дети, не принимающие медикаментозное лечение, но прошедшие 10

сеансов микрополяризации совместно с коррекционными занятиями, песочной терапией (30 человек); возраст детей в обеих группах составил (от 4 до 14 лет).

Всего в эмпирическом исследовании приняло участие 60 детей, с расстройством аутистического спектра в рамках, следующих диагнозов:

у 10 детей - умственной отсталости; 12 - задержки психоречевого развития;

8 - эпилепсии; 15 - органическое поражение головного мозга; 13 - детский процессуальный аутизм; 2 - аутизм в рамках хромосомных нарушений (с-м Дауна и др.).

Для проведения исследования использовались методы нейропсихологического обследования на базе батареи А.Р. Лурии, направленные на оценку состояния различных компонентов высших психических функций: процессов программирования и контроля, серийной организации движений и действий, переработки информации различных типов (слухоречевой, кинестетической, зрительной, зрительно-пространственной), а также функций I блока мозга (процессов регуляции активности)

Экспериментальные замеры производились до начала курса лечения, через 5 дней и по окончании, а также использовался метод наблюдения за ребенком на каждом коррекционном занятии.

Процесс проведения самой процедуры осуществляется врачом психиатром совместно с медицинским психологом. На голову пациента одевают специальную шапку, оборудованную электродами, после чего закрепляют ее. Схемы токового воздействия каждый раз меняются, в зависимости от очага патологии. В это время ребенок занимается коррекционно - развивающими занятиями или песочной терапией под названием «Радуга души», которые проводит медицинский психолог. Для оценки функций I блока мозга на основании описанных выше 5 характеристик энергетических компонентов деятельности были рассчитаны два комплексных нейродинамических показателя (индекса). Состав этих двух индексов был сформирован как на основании теоретических предположений, так и по результатам эксплораторного факторного анализа, в который были включены все оценки нейродинамических характеристик выполнения проб. Полученных от первой экспериментальной группы пациентов, можно сделать вывод о незначительной положительной динамики

воздействия на нейродинамические процессы, в виде снижения импульсивности и гиперактивности, тогда как показатели второй экспериментальной группы проходящие курс микрополяризации уже на 5 занятия у 10 человек из группы отмечались более высокие показатели по следующим шкалам: утомляемость- повысился уровень работоспособности, темп деятельности стал более быстрым с устойчивой динамикой; показатели слухоречевого запоминания увеличились на 1-2 слова; улучшилось понимание обращенной речи, а также звукопроизношение, отмечается нарастание речевой продукции в целом. Полученные знания во время стимуляции усваивались ребенком гораздо быстрее. Однако на ряду с положительным отмечается и побочный эффект, наблюдаемый у пациентов в пике своей активности в среднем на 3-5 занятия, в виде чрезмерной импульсивности и гиперактивности однако в последующем имеющем тенденцию к снижению, исчезновению. Также имел место отсроченный результат о котором может свидетельствовать факт наблюдения родителей, отмечающие положительную динамику развития нейропсихических процессов, наиболее выраженным являлось нарастание речевой продукции, улучшение понимания речи и звукопроизношения.

Проведен анализ соотношения полученных интегральных показателей энергетических компонентов у всех испытуемых, вошедших в экспериментальную выборку. Можно говорить о эффективности проводимой комплексной методики транскраниальной стимуляции и психокоррекционной занятий одновременно.

ДЕМЕНЦИЯДА АФФЕКТИВ БУЗИЛИШЛАР РИВОЖЛАНИШИНИНГ ИЖТИМОЙ-ПСИХОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

**Шадманова Л.Ш., Ходжаева Н.И.,
Ядгарова Н.Ф. , Лян Е.М., Ражабов М.Ш.
Тошкент тиббиёт академияси**

Баъзи муаллифларнинг фикрига кўра, қон томир деменцияси ва унга кўшилган аффектив патологияси бўлган одамлар атроф-муҳит шароитларига камроқ мослашган, уй хўжалигида ўз позицияларини намоён қилиш ва ҳимоя қилишда камроқ қатъиятли , пассив ҳаётий

позиция билан, ички уйғунлик ва норозилик билан, яқин атроф-муҳит билан кўпроқ дисгармоник муносабатлар билан, дунё-ижтимоий муҳитда нотўғри созланган, асосий гуруҳ беморларида яшаш шароитларига нисбатан ҳаёт даъволари даражаси пастроқ, бу шубҳасиз. уларда чегара патологияси мавжудлиги сабабли, улар ижтимоий муносабатларга камроқ эътибор беришади, уларнинг руҳий ҳолатига боғлиқлиги туфайли улар ҳаётини муваффақиятлар ва муваффақиятсизликларнинг бошқа одамларнинг саъй-ҳаракатларига боғлиқлиги билан ажралиб туради.

Тадқиқот мақсади: Қон томир деменциясида аффектив бузилишлар шаклланишининг ижтимоий-психологик жиҳатларини ўрганиш.

Материаллар ва усуллар: 2020-2022 йиллар оралиғида Тошкент шаҳридаги Республика руҳий кассаликлар шифохонасида даволанаётган «Қон томир деменцияси» ташхиси билан 50 нафар кекса ва кекса аёллардан тасодифий танлаб олинган. Тадқиқотга киритилган беморларнинг ёши 52 ёшдан 75 ёшгача бўлиб, ўртача 65,4 ёшни ташкил этди.

Деменциянинг диагностикаси ва унинг нозологик боғлиқлиги ХКТ-10 мезонларига мувофиқ ўрнатилди. Деменция даражасининг функционал босқичи деменция даражаси шкаласи ёрдамида аниқланди (Clinicaldementiarating - CDR; Hughes C.P. 1984, Morris G.C., 1993.). Ишлаб чиқилган махсус стандартлаштирилган сўровномада ҳам клиник, ҳам ижтимоий-психологик тадқиқотларнинг хусусиятлари ҳисобга олинди, унга кўра саволлар адекват бўлиши керак; сўровда мавжуд бўлган чекланган маълумотлар; аниқ шакллантирилган; хавотир туғдирмаслиги керак; жамиятнинг ижтимоий-маданий анъаналарига амал қилиши керак. Сўровномада иштирок этганлар қуйидагича тақсимланди: 1-гуруҳ (асосий) - аффектив патология ривожланган қон томир деменцияси бўлган беморлар (n=25).

2-гуруҳ (қийсий) - аффектив патологияси бўлмаган қон томир деменцияси бўлган беморлар (n=25).

Ушбу сўров анкета шаклида ўтказилди, унда беморлардан энг тўғри деб ҳисоблаган вариантни белгилаш сўралган. Конфликт, кескин муносабатларни асосий гуруҳ вакиллариининг 17 бемор (68%), қийсий гуруҳ вакиллариининг 4 бемор (16%) кўрсатди. Нейтрал муносабатни асосий гуруҳ вакиллариининг 4 бемори (16%), қийсий гуруҳ вакиллариининг 7 бемор (28%) кўрсатди. Беқарор муносабатларни иккала гуруҳдаги респондентларнинг бир хил сони

кўрсатди - асосий гуруҳда 2 бемор (12%) ва қиёсий гуруҳда 6 бемор (20%). Яхши муносабатларни асосий гуруҳ вакилларининг 1 бемор (4%), назорат гуруҳининг 9та бемор (36 %) кўрсатди.

Хулоса

1. Қон томир деменциясида аффектив бузилишларнинг ривожланишига ёрдам берадиган ижтимоий-психологик жиҳатларни кўриб чиқиш мумкин: келишмовчиликлар, оиладаги дисгармоник муносабатлар; ўзининг ижтимоий роли ва умуман ҳаётдан норозилик, жанжал ва низолар (психогения).

2. Қон томир деменциясида аффектив бузилишларнинг ривожланиш эҳтимоли юқорилигини эҳтимолий омиллар ота-она оила-сида эмпатия ва низо муносабатларининг йўқлиги, ташвиш, сезгирлик, шубҳалилик, таклифга мойиллик, қарамлик, ўзини паст ёки чексиз ҳурмат қилиш эди.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

**Шадманова Л.Ш., Ядгарова Н.Ф.,
Зокиров М.М., Ражапов М.Ш.**
Ташкентская медицинская академия

В клинической практике симптомы органических и аффективных расстройств у больных пожилого возраста часто смешиваются между собой и имеют атипичный характер, что значительно затрудняет диагностику данных заболеваний.

Цель исследования: изучение клинических особенностей депрессивных расстройств у больных пожилого возраста с органическим заболеванием головного мозга

Материалы и методы

В соответствии с критериями отбора в исследование были включены 35 больных (мужчины), средний возраст $59,7 \pm 7,6$ (60-70) лет, средний возраст дебюта заболевания - $47,3 \pm 13,8$ (10-20) лет. По критериям МКБ-10 аффективная патология больных соответствовала рубрикам: F06.3 – органическое депрессивное расстройство (органическое аффективное расстройство) – у 25 больных (70,5%); F43.20-23 – расстройства, связанные со стрессом (расстройство адаптации) – у 10 больных (29,5%).

Для оценки психического состояния больных использовался клинико-психопатологический метод и стандартизированные психометрические шкалы: Шкала оценки тяжести депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS), Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Для синдромальной оценки использовалась классификация депрессий, приведенная в руководстве по психиатрии под редакцией Тиганова А.С. (1999). Больным проведены стандартные диагностические исследования, электроэнцефалограмма, магнитно-резонансная томография головного мозга; осмотр терапевтом, неврологом, нейропсихологическое обследование.

Результаты исследования

До начала психофармакотерапии средний суммарный балл по шкале MADRS составлял $29,7 \pm 8,4$ (14-56). Выявлено следующее распределение: легкая депрессия наблюдалась у 12 больных (34,4%); умеренная депрессия – у 9 больных (24,8%); тяжелая – у 14 больных (40,8%). Психопатологическая структура аффективных расстройств у больных пожилого возраста с органическими заболеваниями головного мозга была представлена следующими синдромами: тревожная депрессия – 13 больных (38,7%) больных, сенесто-ипохондрическая депрессия 9 больных (24,9%) больных. апатическая депрессия – 8 больных (23,6%) больных, дисфорическая депрессия – 5 (12,8%) больных.

Выводы

Таким образом, атипизация клинических проявлений депрессий в период старения происходит путем присоединения тревоги, ипохондрии, бреда, различной степени выраженности и мнестико интеллектуальных расстройств.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОТЕРАПИИ У ПОДРОСТКОВ С ДИСМОРФОФОБИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Шайхисламова М.Х., Бабарахимова С.Б.

Ташкентский педиатрический
медицинский институт

sayorababaraximova2010@gmail.com

Введение. Согласно данным ВОЗ депрессивные состояния с преобладанием в клинической картине дисморфофобической патологии встречаются преимущественно в подростково-юношеском

возрасте и составляют 8-16% в общей популяции 15-20-летних и более 50% всей психической заболеваемости среди контингента пациентов юношеского возраста. По мнению российских учёных, основным методом лечения дисморфофобических расстройств у детей старше 9 лет и подростков должна быть гипносуггестивная психотерапия.

Цель исследования: изучить эффективность гипнотерапии у подростков с дисморфофобическими нарушениями для улучшения лечебно-реабилитационной помощи, оптимизации психотерапевтической тактики, профилактики и прогноза данных состояний.

Материалы и методы исследования: были обследованы 50 подростков в возрасте от 15 до 17 лет с жалобами на наличие дефектов и недостатков в строении собственного тела, убежденности в собственной внешней непривлекательности или физической неполноценности. В ходе исследования для оценки выраженности депрессии и тревоги применялись шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (HADS), опросник тревожности Спилбергера-Ханина, а для определения личностных особенностей был использован тест Шмишека-Леонгарда. Комплексный подход к лечению больных с дисморфическими расстройствами включал в себя совместное взаимодействие психиатров, медицинских психологов и психотерапевтов, что достаточно квалифицированно осуществлялось в результате врачебных советов и консилиумов в условиях стационара. Метод психотерапевтической тактики являлся двухэтапным, применялись групповые и индивидуальные сеансы гипнотерапии, где подростков распределили на мини группы по возрастным параметрам и по преобладанию дисморфофобической симптоматики. Определялась эффективность проведения гипносуггестивной психотерапии в сочетании с семейной и рациональной психотерапией по редукции симптомов депрессии и уровня тяжести реактивной и личностной тревоги.

Результаты: на основании проведенного исследования все пациенты были разделены на три группы по преобладанию клинической симптоматики: подростки с тревожно-фобической симптоматикой (28 больных-56%), с обсессивно-компульсивной симптоматикой (12 больных-24%) и подростки с преобладанием сверхценных идей (10 больных-20%). В обследованной группе в ходе исследования с помощью психометрических шкал выявлено наличие тревожно-

депрессивных расстройств различной степени выраженности у 98% подростков. Наличие тревоги были отмечены у 94% исследуемых, депрессии – у 88%; более чем у половины пациентов было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 36% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10% пациентов – констатировалась выраженная тревога. В формировании депрессивного симптомокомплекса были выявлены такие клинические проявления как потеря интересов и чувства радости в обычной активности, заметные страдания, высказывание идей самообвинения и безнадежности. В 76% случаев (38 пациентов) родители отмечали значительное снижение школьной успеваемости, повышенную утомляемость, которая была сильнее выражена во второй половине дня. На основе детального анализа, включающего оценку особенностей конституционально-личностного склада пациентов, их эмоциональной и коммуникативных сфер, характера реагирования на внешние средовые влияния, степени психофизической зрелости и ряда других клинических особенностей установлено, что для больных с дисморфическими расстройствами характерна выраженная неоднородность личностной структуры; в ходе исследования были установлены на основании тестирования по опроснику Шмишека - Леонгарда следующий ряд их разновидностей: 17 пациентов (34%) «психастеники»; 9 пациентов (18%) - «шизоиды»; 13 подростков (26%) - «эмоционально-неустойчивые»; «истероиды» - 11 подростков (22%). Выявлена определённая взаимосвязь между типом личности и клинической картиной дисморфофобического синдрома. У шизоидных акцентуантов чаще всего регистрировались обсессивно-компульсивные и деперсонализационные депрессии. У истероидных акцентуантов преобладали депрессии с идеями дефектов внешности и физического уродства. Пациентам с психастеническими чертами характера свойственны были тревожно-фобические и психастеноподобные депрессии, а для обследуемых, соответствующих эмоционально-неустойчивому расстройству личности, характерны маскированные и ипохондрические депрессии с доминированием соматовегетативных расстройств. На фоне депрессивных расстройств у пациентов значительно снижалась школьная успеваемость (80%), нежелание продолжать учебу (40%), появились конфликты со сверстниками (60%), уходы из дома, стремление к изоляции и одиночеству, появление суицидальных мыслей. Депрессивные расстройства влияли на все стороны личности, вызывая

состояние дезадаптации, и в зависимости от степени тяжести и формы депрессии приводили к появлению поведенческих нарушений, в том числе и суицидальным мыслям и тенденциям. Эффективность проводимой гипнотерапии оценивалась в сравнительном аспекте по редукации степени тяжести депрессивной симптоматики и снижению уровня тревожности до и после проведённой психотерапии. После проведённой гипнотерапии отмечено улучшение социального функционирования и адаптации к социуму у подростков с дисморфическими расстройствами. Основной мишенью гипнотерапии было изменение поведенческих навыков и стратегий в ситуации стресса, акцентирование особого внимания вопросу соблюдения режима лечения, выявлению эффектов от краткосрочной и долгосрочной систематической помощи: когнитивные тренинги, индивидуальные и групповые занятия, семейная терапия, реабилитационная терапия, разработка различных протоколов лечения дисморфической патологии в рамках гипносуггестивной терапии. В ходе проведения в стационарных условиях групповых сеансов гипнотерапии было выявлено, что подростки с психастеническими (34%) и истероидными (22%) чертами характера лучше поддаются воздействию психотерапевта, быстрее усваивают предлагаемые установки по развитию самоконтроля и саморегуляции в условиях воздействия стрессовых факторов и активно меняют поведенческие реакции в ситуациях возникновения дисморфических депрессий.

Вывод. По результатам обследования было выявлено, что гипнотерапия клинических проявлений дисморфофобических расстройств пубертатного периода депрессивного регистра является эффективным методом комплексного лечения данной патологии и одним из основных и ведущих стандартов психотерапевтического подхода. Опыт применения в стационарных условиях групповых сеансов гипнотерапии дисморфических расстройств в комбинации с психофармакотерапией показал эффективность комплексного лечения данного контингента больных, значительно сократил сроки пребывания подростков в отделении, вызвал наступление стойкой ремиссии и реабилитации. Результаты исследования могут быть использованы в работе не только врачей-психиатров, но и врачей других специальностей: пластических хирургов, дерматологов, стоматологов, терапевтов, к которым нередко обращается этот

контингент больных с целью оптимизации психотерапевтической тактики и формирования гармонично развитой личности.

ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА С BURNOUT - СИНДРОМОМ

Шамирзаева Х.Б., Матвеева А. А.
Санкт-Петербургский педиатрический
медицинский университет, С-Петербург, РФ
anastasia.chistyakova@gmail.com

Актуальность. Условия современной жизни, когда идет постоянный быстрый рост научно-технического процесса заставляет нас адаптироваться. Студенты активно пользуются интернетом и IT-технологиями, постоянно совершенствуются, испытывают повышенные информационные нагрузки, жизненные трудности, не связанные с трудовой деятельностью человека, тем самым попадают в группу риска развития синдрома эмоционального выгорания. Выгорание является «болезнью коммуникативных профессий», но может затронуть каждого. Выгорание особо опасно в начале построения карьеры, что обусловлено повышенной напряженностью и проявлением в личности таких качеств как несдержанность, грубость, нетерпимость, чувство апатии и постоянной усталости

Цель и задачи исследования: изучить особенности мотивации у студентов с синдромом эмоционального выгорания (СЭВ), и взаимосвязь уровня СЭВ с отношением к учебе.

Материалы и методы: Нами было проведено анкетирование 30 студентов 6 курса и 15 студентов 1 курса Ташкентского Педиатрического Медицинского института. Использованы «Методика для определения СЭВ» В.В. Бойко и «Шкала мотивации к учебе».

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе работы у студентов-шестикурсников выявлено, что критерий «снижения познавательной мотивации» отмечен у 40%, «аммотивация» наблюдалась у 59,11%, «психосоматические расстройства и приобретенные вредные привычки» отметили у себя 38% студентов, высокий уровень «экстернальной мотивации» отмечался у 46% опрошенных.

Тогда как у студентов-первокурсников высокий уровень «аммотивации» отмечался у 26,8%, шкала «психосоматических расстройств и приобретенных вредных привычек» - 22,1% студентов, по шкале «экстернальной мотивации» у 53% выявлены умеренно высокие показатели. Критерий «достижений и самореализации» был высоким в обеих группах (62% и 70% соответственно). Синдром эмоционального выгорания был выявлен у 23,3% студентов 6 курса в стадии истощения с преобладанием соматической симптоматики, тогда как у 1 курса, симптомов эмоционального выгорания выявлено не было.

Выводы. Таким образом, развитие синдрома эмоционального выгорания напрямую зависит от мотивации к учебе. У студентов 6 курса с высокими показателями амотивации и экстернальной мотивации, а именно, отсутствие интереса к учебной деятельности и «вынужденная» ситуация учебы во избежание неприятностей - синдром эмоционального выгорания развивается чаще. Тогда как студенты 1 курса в большинстве случаев стремятся достигать высоких результатов в учебе и испытывают удовольствие в процессе решения трудных задач, стремятся развивать свои способности и потенциал в рамках учебной деятельности, имеют высокие амбиции, в связи с чем синдром эмоционального выгорания у них отсутствует.

CLINICAL FEATURES OF ALCOHOLISM IN YOUNG WOMEN WITH DEVIANT BEHAVIOR

Shamsikulova S.A.

Samarkand State Medical University,
Department of Psychiatry. Samarkand, Uzbekistan.
Scientific supervisor - acc. Khayatov R.B.
shamsikulova@gmail.com

A targeted study of female alcoholism as a crisis social pathology associated with increased biological vulnerability of a woman's body during alcohol intoxication and its threatening growth can create prerequisites for a clearer understanding of the leading pathogenic mechanisms that determine the formation of female alcoholism in its statics and dynamics of development.

The purpose of the study - is to identify the clinical features of the course of alcoholism in young women with deviant behavior and to develop therapeutic approaches.

Materials and methods of research. The method used in the study is a modified version of the Multidimensional Personality Questionnaire (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI). The subject evaluates statements that reflect his attitude to various life situations, phenomena, values; the direction of his interests, habits, interpersonal relationships, as true or false. Normal values on the scales range from 30-70 T. This method was used to selectively examine 50 women with alcohol dependence (the main group) and 30 women without signs of alcoholism (the control group). The study was conducted 5-7 days after the admission of patients to the hospital, when they underwent the entire therapeutic complex for alcohol withdrawal syndrome.

The results of the study. Comparison of the data obtained in women with alcohol dependence with healthy women showed the following. According to the evaluation scales L (lie) and K (correction), pathological signs are not found in any of the studied groups. Values on the F scale in healthy women are within the normal range. Medium the values in women with alcohol dependence on this scale are 80.58 ± 1.69 T-points and 83.2 ± 0.86 T-points. The increase in indicators on this scale can be explained by a decrease in performance associated with the presence of post-withdrawal syndrome, as well as with emotional tension in response to which was perceived as a stressful factor. A comparison of the results of the study on all ten main basic scales shows that in women with alcohol dependence, T-scores are in most cases higher on all scales compared with the results of individuals in the control groups of the survey.

Conclusions.

1. A clinical and experimental psychological study of young women with alcoholism and deviant behavior showed that its clinical and dynamic structure is an axial psycho-organic syndrome complex.

2. In the women of the main group, by the age of 10-11, clinical signs of decompensation of the mental state were identified, contributing to the aggravation of the intensity and frequency of deviant manifestations and the early onset of alcoholism: a) nonspecific and personal reactions; b) stable pathological reaction according to the hysterically excitable and

hysterically unstable type; c) increasing family and household and school maladaptation with deviant behavior.

PSYCHOPHARMACOTHERAPY OF AFFECTIVE CONDITIONS FOR ALCOHOL DEPENDENCE

Shamsikulova S.A.

Samarkand State Medical University,
Department of Psychiatry. Samarkand, Uzbekistan.
Scientific supervisor - acc. Khayatov R.B.
shamsikulova@gmail.com

According to different researchers, the frequency of depressive disorders in patients with alcoholism varies significantly. At the same time, depressive disorders can be caused not only by the direct effect of alcohol on the central nervous system, but also by psychogenic causes, the reaction of the individual to the disease, and the psychological, family, and social consequences of alcoholism. In addition, latent endogenous depression can be triggered by alcoholism as a trigger mechanism.

Purpose of the study: To identify the frequency of occurrence, describe the nosological structure and clinical typology of depressive disorders in patients with alcohol dependence, and evaluate the effectiveness of complex antidepressant therapy using psychometric scales.

Materials and methods of research

The object of the study was the diagnosis of alcohol addiction (mental illness and behavioral disorders associated with alcohol use. Dependence syndrome. F10.2 according to ICD-10), which is being treated in the Samarkand regional department of narcology. 60 patients participated. Hospital. All patients were men aged 32 to 63 years (mean age 47.4 ± 4.3 years).

A comprehensive examination of patients with alcohol dependence admitted to the narcological department was carried out using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Patients with clinical and subclinical levels of anxiety and depression on the HADS scale above 8 were specifically consulted by a psychiatrist for the diagnosis of a clinically defined depressive disorder. Patients who scored more than 8 points on at least one of the HADS sub-indicators filled out a series of

additional questionnaires: The Beck Depression Self-Assessment (BDI), the Social Adjustment Self-Assessment Scale (SASS).

Research results

Symptoms of depression were detected by all methods in the majority of patients with alcoholism, and a combination of depression and anxiety was noted in 39 (35%) ($p < 0.05$) patients. However, alcohol consumers are characterized by the predominance of subclinical anxiety and depression according to the HADS method - 48 (80%) cases, compared with clinical anxiety and depression - 12 (20%) of the examined ($p < 0.05$). The study on the Hamilton scale showed that most patients had direct and indirect symptoms of depression ($p < 0.05$). In addition, according to the Montgomery-Asberg Depression Scale (MADRS), most patients had negative self-esteem with low self-esteem, a negative outlook on the world and their future - 38 people or 63.3%, $p < 0.05$.

From the moment of discharge from the hospital, according to Beck, 20 (33.34%) patients received antidepressants until re-examination: 14 (23.33%) patients were treated with fluoxetine at a dose of 40 mg daily for 4-6 weeks; 26 (21.67%) patients received a stimulant at a dose of 50 mg per day for 4-6 weeks. On the first test before taking antidepressants, moderate depression was detected in all 46 (76.7%) people and severe depression in 14 (24.3%) people at the beginning of treatment. According to Beck, as part of outpatient appointments, at the third test, at a single visit or in dynamics with a psychotherapist, during the remission period, there is a decrease in the number of patients from 1-2 months to 7-9 months. persons with moderate and severe depression were identified - 21 (35.12%) and 18 (30.10%) ($p < 0.05$), respectively. Thus, the use of antidepressants in combination with psychotherapy has a positive effect on the outcome of treatment of patients with alcoholism and depression.

Conclusions.

The frequency of depressive disorders identified as a result of the survey is significantly higher than the patients' complaints of depression, which patients present to the doctor on their own. It should be noted that the symptoms of depression in patients are also present with active treatment, i.e. in the acute and subacute period of the disease and in remission.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ У ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

**Ф.К. Шарипова, С.Б. Бабарахимова,
В.К. Абдуллаева, Ш.Р. Сулейманов**

Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкент, Республика Узбекистан

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 (Искандарова Ж.М., 2016). 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 (Бабарахимова С.Б., 2016). В пубертатном периоде отмечается нарастание депрессивной симптоматики на фоне идей собственной неполноценности и дисморфофобических включений со склонностью к суицидальному поведению, своевременно не диагностированных вследствие неблагоприятного эмоционального микроклимата в семье и отсутствия взаимопонимания между детьми и родителями (Matveeva A.A., Sultonova K.B., Abbasova D.S., 2020). Возникновению суицидального поведения способствуют дисморфофобические симптомокомплексы, которые проявляются у подростков расстройствами пищевого поведения. Депрессивные состояния, коморбидные с физиологическими нарушениями и физическими факторами в подростковом и юношеском возрасте повышают риск формирования суицидального поведения, являются одним из провоцирующих триггеров (Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K., Abbasova D.S., 2019). В профилактике детско-подростковых самоубийств важная роль отводится ранней идентификации и превенции суицидальных тенденций у подрастающего поколения (Nurkhodjaev S., Babarakhimova S., Abdullaeva V., 2020).

Цель исследования: изучить риск развития суицидальных тенденций у подростков с нарушениями пищевого поведения для

оптимизации лечебно-профилактических мероприятий и дифференцированного выбора психотерапевтической тактики.

Материалы и методы: обследовано 61 девочек-подростков в возрасте 15-19 лет, находившихся на стационарном лечении в подростковых отделениях Городской клинической психиатрической больницы города Ташкента. Верифицированные диагнозы соответствовали 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 у 16 (26,2%) девочек выявили депрессивную симптоматику тяжелой степени клинических проявлений. Основную массу 44,3% (27 девочек-подростков) случаев - составили исследуемые со средней степенью тяжести депрессии и лишь в 13,1% случаев (8 пациенток) была выявлена депрессия лёгкой степени 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, стремились к 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. На фоне пониженного настроения и убеждённости своей малоценности и никчемности, у девочек отмечалось появление суицидальных мыслей. Суицидальные тенденции в этой группе отличались скрытностью и малоинформативностью, 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. Психометрическое тестирование по Колумбийской шкале оценки тяжести суицидального риска проводилось в период выхода пациентов из критического состояния на фоне стабилизации психоэмоционального статуса. При оценке ответов на вопросы из первого модуля, исследующего наличие и специфику суицидальных мыслей, были получены следующие результаты: пассивные суицидальные мысли выявлены у 5 девочек-подростков (8,19% случаев), активные неспецифические мысли о самоубийстве (мысли о том, чтобы убить себя при отсутствии размышлений о конкретных способах) – у 8 девочек-подростков (13,11% случаев), актуальные суицидальные идеи, включая размышления о способе самоубийства – у 14 девочек-подростков (22,95% случаев), актуальные суицидальные идеи, включая некоторое намерение действовать при отсутствии конкретного плана - у 12 девочек-подростков (19,67% случаев), актуальные суицидальные идеи с конкретным планом и намерением

– у 22(36,06%) пациенток. Нами были исследованы интенсивность суицидальных мыслей, включающая в себя такие параметры, как частота появления, длительность возникновения, способность их контролировать и наличие сдерживающих, протективных факторов, отражающих уровень сформированности антисуицидального барьера. У 80% подростков выявлялось стремление найти выход из сложившейся ситуации, у 20% больных с депрессией средней тяжести выявлялось отрицательно отношение к жизни. Наиболее интенсивные мысли суицидоопасной мотивации наблюдались у девочек- подростков с депрессивной симптоматикой тяжелой степени клинических проявлений. Частота появления таких мыслей фиксировалась на параметрах многократно каждый день с длительностью возникновения более 8 часов день. Девочки-подростки стремились к одиночеству, испытывали проблемы в установлении межличностных контактов, у них отмечалась фиксация на негативных воспоминаниях из прошлого, пессимизм и снижение самооценки. В 56% случаев пациентки испытывали разочарование, страх перед постановкой новых целей, что в ряде случаев приводило к формированию тревоги. В задачи нашего исследования входило изучение мотивов суицидальных тенденций, которые мы распределили согласно классификации российских суицидологов Амбрумовой А.Г., Тихоненко В.А. В ходе тщательного опроса после установления доверительных отношений с подростками нами были установлены мотивы, подростки с заинтересованностью подробно излагали свои проблемы, касающиеся относительно планируемых аутоагрессивных намерений и действий. Сравнительный анализ мотивов суицидальных мыслей и намерений у девочек с нарушениями пищевого поведения установил их разноплановость и вариабельность. Изучение личностной мотивации суицидальной попытки у девочек-подростков с нарушением пищевого поведения установило, что у 22 (36,06%) подростков она имела демонстративно-шантажный характер манипуляторного регистра, у 12 (19,67%) подростков – мотивом был отказ от жизни, у 10 (16,39%) – протест, у 6 (9,83%) лиц – устранение, у 3 (4,91%) обследованных мотивом суицидального поведения оказалась месть. Следует отметить 8 (13,11%) подростков, у которых мотивом суицидального поведения оказался призыв к своей личности, желание привлечь внимание окружающих, крик о помощи. Мотивация суицидального

поведения имела преимущественно демонстративно-шантажный характер, реже наблюдались мотивы протеста, призыва и мести. Исследование оснований суицидальных намерений определило, что подростки в большей степени планировали совершить суицидальные попытки с целью привлечения внимания родителей и окружающих лиц, в меньшей степени – чтобы отомстить или добиться признания у сверстников или лиц противоположного пола.

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.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КРОСС-КУЛЬТУРНОЙ АДАПТАЦИИ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ ИЗ СРЕДНЕЙ АЗИИ

Шестакова Е.С., Ситникова Э.О., Султанова А.Н.
ФГБОУ ВО Минздрава России
«Новосибирский государственный
медицинский университет», г. Новосибирск, Россия
beautifulpinkfridge@gmail.com

Возрастание интереса к психическим заболеваниям в последние десятилетия вызвано глобальными процессами, накладывающими отпечаток на психический статус отдельной личности. Одной из актуальных проблем данного контекста является смена места жительства по тем или иным причинам. Они связаны со множеством разнообразных факторов, не последнее место среди которых занимает интенсивный рост возможностей передвижения и ошеломляющее расширение информационного поля (Овчинников А.А., Султанова А.Н., 2014). Среди наиболее актуальных причин миграции молодого населения пространства стран независимых государств является получение образования, чаще – высшей его

ступени, реализуемой в соответствующих учебных заведениях. Одним из приоритетных субсидируемых направлений является медицина и смежные ей науки. Процесс миграции многогранен и сложен, ему сопутствуют как позитивные, так и негативные изменения. В психологической науке особое внимание уделяется последним, поскольку именно негативные влияния учебного миграционного стресса могут формировать соответствующие риски для развития расстройств тревожно-депрессивного спектра (Овчинников А.А., Султанова А.Н., 2014). Данное явление связано, прежде всего, с создаваемой новой этнокультуральной средой необходимостью ассимилировать. Вынужденная и при этом непродолжительная ассимиляция повышает уровень тревожности и невротизма (Цыганков Б.Д., Овчинников А.А., Султанова А.Н. и др., 2019), что объясняется требованием среды по преодолению шока, который возникает вследствие взаимодействия с другой культурой. В то же время качественная адаптация студента-мигранта – это сложный, динамически развивающийся, многоуровневый процесс перестройки имеющихся у человека привычек, умений и навыков в соответствии с новыми для него условиями. По этой причине проблема адаптации студентов-мигрантов к обучению в российском высшем учебном заведении представляет собой одну из актуальных проблем современного образования. В настоящее время происходят накопление и практическая реализация знаний о том, как производить адаптацию с наименьшим риском для психического здоровья мигранта, поскольку именно этот процесс сопровождается снижением самооценки и увеличением уровня личностной тревожности, дистанцированием и доходящей до крайней степени социальной изоляцией (Овчинников А.А., Султанова А.Н., 2014). Уже имеются многочисленные данные о том, что отдельные подструктуры личности, а именно локус контроля, во многом определяют успешность прохождения адаптации в новой этнокультуральной среде. При этом утверждается, что интернальный локус контроля, в отличие от экстернального, улучшает преодоление дистресса, возникающего вследствие культурного шока. Способность к принятию позиции другого, которая связана с направленностью локуса-Я внутрь личности, таким образом является значимой в достижении психологического благополучия. В связи с этим представляется актуальным настоящее исследование, в

котором мы предположили, что у мигрантов разных курсов обучения различаются предпочитаемый локус контроля, степень принятия других и коммуникативная толерантность.

Исследование проводилось на базе ФГБОУ ВО Минздрава России «Новосибирский государственный медицинский университет». Исследование включало 16 мигрантов мужского пола (100,00%) возрасте от 18 до 23 лет ($20,67 \pm 1,50$), которые обучаются по программам высшего образования «Лечебное дело», «Стоматология» ФГБОУ ВО Минздрава России «Новосибирский Государственный Медицинский Университет. Имеет значение национальный состав выборки, который определялся со слов самих респондентов. Так, в исследовании приняли участие: 11(68,75%) таджиков, 4 (25,00%) узбека, 1 (6,25%) афганец.

Для исследования использовались методики: «Шкала воспринимаемого стресса-10, «Шкала принятия других», «Исследование локуса контроля», «Диагностика коммуникативной толерантности». Достоверность различий между отдельными показателями в группах определялась с помощью U-критерия Манна – Уитни, использовался статистический комплекс SPSS-26.

Исследование началось с разделения выборки на 2 подгруппы: в 1 подгруппу (8 респондентов) вошли мигранты 1 года обучения, с низким уровнем знания русского языка, во 2 подгруппу (8 респондентов) вошли свободно использующие русский язык мигранты 4 года обучения.

Далее было определено, что в обеих подгруппах уровень воспринимаемого стресса достигает средних значений ($39,33 \pm 2,76$ и $37,84 \pm 3,23$). Это может быть связано с условиями исследования, т.к. оно проводилось в общей группе мигрантов-соотечественников, в нейтральной среде, где влияние посторонних раздражителей сведено к минимуму. При этом выявлено, что в подгруппе 1 значительно выше нетерпимость к дискомфорту ($10,67 \pm 2,58$), чем в подгруппе 2 ($4,83 \pm 1,60$) при уровне значимости $p=0,005$. Данные различия могут быть связаны с тем, что для новоприбывших из Средней Азии важнее сохранить уклад жизни, нежели доставить себе максимальный дискомфорт внедрением в среду, поскольку это может быть травматичным. Также зафиксировано, что значения по шкале «степень принятия других» в подгруппе 1 снижены ($43,44 \pm 7,31$), чего нельзя сказать о подгруппе 2 ($60,00 \pm 5,59$) при значимости различий $p=0,006$.

Предположительно это связано с тем, что с 1 по 4 курс проходит достаточно времени для того, чтобы мигранты расширили социальные связи и развили способность к принятию индивидов другой культуры. Качественное значение на улучшение данного показателя со временем оказывает проводимая в стенах ФГБОУ ВО «НГМУ» адаптационная программа, знакомящая учебных мигрантов с российской культурой. Также выявлена статистическая тенденция со значением $p=0,013$ по шкале интернального локуса контроля: он значительно ниже у 1 подгруппы ($11,50 \pm 7,26$), чем у 2 подгруппы ($18,83 \pm 2,23$). При этом экстернальный локус контроля не имеет схожих тенденций различия: у 1 подгруппы он ниже ($13,17 \pm 3,31$), но это различие по сравнению со 2 подгруппой не так значительно ($8,17 \pm 1,94$). Можно предположить, что это связано с закономерным процессом психологической адаптации, в результате которого возрастают способность к принятию ответственности и рефлексивность.

Таким образом, восприятие стресса в обеих подгруппах находится на среднем уровне, что предположительно связано с влиянием внешних условий исследования. При этом нетерпимость к дискомфорту выше, а способность принятия других ниже у менее адаптированных мигрантов. В настоящем исследовании это связывается с их позицией локус-контроля и преобладанием экстернальной направленности над интернальной, которая имеет закономерную и статистически доказанную тенденцию меняться со временем.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ БОЛЬШОГО ДЕПРЕССИВНОГО ЭПИЗОДА СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

**Шилова О.В., Шаденко В.Н.,
Шапаревич А.С., Глебо О.П.**

Республиканский научно-практический
центр психического здоровья,
г. Минск, Республика Беларусь
shadenko-v@mail.ru

Введение. Психическое здоровье является одним из важнейших составляющих факторов здоровья населения в целом. Последние десятилетия посвящено изучению, лечению и профилактике

распространенности психических и поведенческих расстройств. Из литературных источников известно, что практически каждый десятый житель планеты имеет то или иное психическое расстройство. Показатели распространенности нарушений психического здоровья в Европейском регионе являются очень высокими. Из 870 миллионов человек, проживающих в Европейском регионе, согласно оценкам, около 100 миллионов человек испытывают состояние тревоги и депрессии, свыше 21 млн. страдают от расстройств, связанных с употреблением алкоголя.

Распространенность депрессивных расстройств в Республике Беларусь изучалась исключительно по обращаемости и среди пациентов, состоящих на диспансерном учете. Данные о количестве граждан с депрессивными расстройствами в общей популяции позволят качественно улучшить оказание специализированной медицинской помощи. Кроме того, впервые в Республике Беларусь они позволят разработать метод профилактики депрессивных расстройств и суицидов.

Материалы и методы. *Цель работы* – провести оценку распространенности депрессивных расстройств среди взрослого населения Республики Беларусь. Методологической базой научного изыскания являются основные принципы эпидемиологического и социологического исследований. *Объект исследования* — психический статус и модифицируемые поведенческие факторы взрослых граждан Республики Беларусь. *Предмет исследования* — распространенность депрессивных расстройств среди взрослого населения Республики Беларусь.

Критерии включения в группу исследования: возраст старше 18 лет, подписанное информированное согласие на участие в исследовании. *Критерии исключения в исследование:* состояние алкогольного (наркотического, интоксикационного) опьянения; соматическое заболевание в состоянии выраженной декомпенсации, лихорадочное состояние, отказ от участия в опросе.

Основные демографические и медицинские данные, а также факторы, связанные с образом жизни, получены из специально разработанной социологической анкеты.

В качестве основы скрининга депрессивных расстройств использовался *Menthal International Neuropsychiatric Interview (MINI)*. *MINI* - это краткое структурированное диагностическое интервью,

разработанное психиатрами и клиницистами в США и Европе для выявления психических расстройств по DSM-IV и МКБ-10 как в рамках эпидемиологических исследований, так и для контроля результатов лечения. Обладает наиболее высокими показателями чувствительности и специфичности при выявлении психических расстройств (0,95 и 0,84) [Marquet R.L. et all, 2005; Can J. Isometsä E., 2014].

Качество жизни, связанное со здоровьем, оценивалось с применением методики *SF-36. Опросник SF-36* (англ. *The Short Form-36*) — нозологически неспецифический опросник для оценки качества жизни, связанной со здоровьем, широко используемый при проведении исследований качества жизни во всем мире. В исследовании применялся *тест на стрессоустойчивость Холмса и Раге*.

Анализ данных проведен с использованием программы SPSS.

Результаты и обсуждение. В исследовании принимали участие совершеннолетние лица, как из областных центров, так и малых городов и сел (всего 1200 человек). Из них мужчин в возрасте 18-44 лет в числе городского населения – 42,8 %, в числе малых городов и сел почти 47%. Мужчин в больших городах в возрасте от 45 лет и старше – 57, 2%, в числе малых городов и сел – 53%. При этом городских жителей женского пола от 18 до 44 лет – 51,5% и старше 45 лет – 48,% В то время как женского населения в малых городах от 18 до 44 лет – 35,9%, старше 45 – 63,5%.

Качество жизни (англ. *Quality of Life*) — междисциплинарное понятие, характеризующее эффективность всех сторон жизнедеятельности человека, уровень удовлетворения материальных, духовных и социальных потребностей, уровень интеллектуального, культурного и физического развития, а также степень обеспечения безопасности жизни. Согласно определению ВОЗ этот термин охватывает *физическое, психологическое, эмоциональное и социальное здоровье* человека, основанное на его восприятии своего места в обществе.

Нами также была проведена оценка качества жизни. Показатели *физического функционирования, ролевого физического функционирования, общего здоровья и физического компонента здоровья* достоверно выше у испытуемых больших городов (уровень $p < 0,05$). В то время как *показатели ролевого эмоционального функционирования, психического здоровья, жизненной активности и психического*

компонента здоровья достоверно выше у исследуемых, проживающих в сельской местности (уровень $p < 0,05$).

Авторами *Remes O., Mendes J.F.* и др. в ходе метаанализа исследований, был выделен большой перечень всевозможных факторов, детерминирующих развитие большого депрессивного эпизода (*major depression*), среди которых отмечены такие как: биологические (физическое здоровье), генетические, состояние микробиома, информационные, стрессовые; когнитивные нарушения, психологические, социальные [Remes O. et al, 2021].

Очевидно, что защитные меры следует разрабатывать на основе конкретных культурных контекстов, состояния развития и региональных особенностей каждой страны [Hong C. et al, 2022]. Большая часть исследований в данной области акцентирует внимание на социальных и экономических факторах, связанных с жизнью в том либо ином регионе.

В ходе регрессионного анализа **нами установлено** влияние на формирование большого депрессивного эпизода социально-демографических и социально-культурных факторов таких как: *ролевое эмоциональное функционирование* (обратная зависимость), *семейный статус, средний доход, величина стрессовой нагрузки, психическое здоровье* (психическое благополучие, общий положительный эмоциональный фон). Однако помимо общих закономерностей в каждой из создаваемых нами моделей есть и особые факторы (личностные). В формировании суицидального риска значимым фактором оказался показатель общего соматического здоровья. Также на формирование симптомов большого депрессивного эпизода оказывает влияние фактор ролевого эмоционального функционирования, включающий в себя эмоциональные переживания по поводу как профессиональной деятельности, проходящей в социальной общности с ее набором социальных ролей, так и повседневных занятий.

Подводя итоги, можем отметить, что на общее эмоциональное состояние человека влияют многочисленные факторы в совокупности, создавая общий психологический фон. Это касается сферы общественной коммуникации, соматического здоровья, наличия/ отсутствия любимого дела (хобби), а так же генетическая составляющая.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У ТАЭКВОНДИСТОВ

Эрнаева Г.Х., Саттаров Т.Ф.

Научно-практический центр спортивной медицины, Ташкент, Узбекистан.

Актуальность: В последние годы большое значение придается настрою спортсменов и психологической активности в коллективе при физической подготовке. В сфере спорта, которая является одной из важнейших тем современного спорта, как и в других областях, существует множество проблем и недостатков. Качество психологической подготовки можно оценить по результатам диагностики психологической подготовки и психологической помощи на всем этапе подготовки к соревнованиям. Среди психоэмоциональных нарушений у спортсменов, а также у таэквондистов наблюдается множество изменений, таких как тревога, страх, агрессия, повышенная эмоциональная утомляемость, стресс, депрессия.

Цель исследования: Определить тактику диагностики и психотерапевтической помощи у таэквондистов.

Материалы и методы: для исследования были отобраны 40 спортсменов в возрасте от 16 до 24 лет, занимающихся в Федерации таэквондо. Из них 21 (54%) спортсменов-мужчин и 17 (46%) спортсменок. Исследование проводилось в течение 6 месяцев месяца 2022 г. Для оценки психоэмоционального состояния спортсменов использовали специальный опросник, методику Айзенка «Оценка психологического состояния спортсменов» и тест САН В. А. Доскинма. Эти методики проводились 2 раза до и после психотерапии. Группа спортсменов изучалась как основная 50 % и контрольная группы 50 %, участникам основной группы индивидуально давалась психотерапевтическая практика для формирования способности к визуализации, повышения концентрации и силы, повышения уверенности в себе. Со спортсменами контрольной группы было проведено психотерапевтическое интервью в форме групповой тренировки.

Результаты исследования: Результаты исследования показали, что по методике оценки эмоционального состояния Айзенка уровень тревожности в основной группе спортсменов до психотерапии

составил 27 %, фрустрации 19 %, агрессии 31 % и ригидности 11 %. В контрольной группе тревожность обнаружена у 28 %, фрустрация у 17 %, агрессия у 23 % и ригидность у 12 %.

По тесту САН 16 % участников основной группы имели низкий уровень, 21 % - средний уровень и 13 % - высокий уровень психоэмоциональных изменений. У спортсменов контрольной группы выявлено 14%, 16% средних и 21% высоких изменений. Методика дала следующие результаты при повторении после занятий психотерапией. Спортсмены основной группы: по данным Айзенка тревожность составила 16 %, фрустрация 11 %, агрессия 23 % и ригидность 4 %. В контрольной группе тревожность составила 25 %, фрустрация — 14 %, агрессия — 19 %, ригидность — 9 %. По тесту САН 11% участников основной группы имели низкий уровень, 14% - средний и 7% - высокий уровень психоэмоциональных изменений. У спортсменов контрольной группы выявлено 11 %, 14 % среднего и 19 % высокого уровня эмоциональных изменений.

Заключение: По результатам проведенного исследования мы убедились, что психоэмоциональные расстройства достоверно уменьшились на 1,5% $P \leq 0,05$ у участников основной группы после проведения вышеуказанных медико-психологических обследований и психотерапевтической практики у таэквондистов. Отсюда видно, что если спортсмены, использовавшие такие приемы, как индивидуальная психотерапевтическая практика (формирование способности к визуализации, концентрации и увеличению силы, повышению уверенности в себе) способствовала улучшению психологического благополучия спортсмена.

ALKOGOL ENSEFALOPATIYASI BOR BEMORLARDA REABILITATSION DASTURNING AHAMIYATI

Ergasheva G. R.

Respublika ixtisoslashtirilgan narkologiya
ilmiy-amaliy tibbiyot markazining
Samarqand viloyat mintaqaviy
filiali vrach narkolog.

Kirish. Alkogolli ensefalopatiyalar asosan alkogolga qaramlik sindromining III bosqichida rivojlanadigan metalkogol psixozlar guruhining

umumiy belgisi. Alkogolli ensefalopatiyalarni ishlab chiqishda asosiy xizmat S. S. Korsakovga tegishli. S. S. Korsakov birinchi bo'lib hozirgi kunda "alkogolli ensefalopatiyalar" deb nomlangan holatlar tipologiyasini bayon qildi. Alkogolli ensefalopatiyalarning patogenezida etakchi metabolik va neyrovegetativ jarayonlarning buzilishi hisoblanadi. Ular bilan jigarning doimiy shikastlanishi uning antitoksik funksiyasining buzilishiga va keyinchalik Markaziy asab tizimining toksik shikastlanishiga, birinchi navbatda diensefalik bo'limlarga, oqsil-lipid metabolizmining oksidlanmagan metabolitlariga olib keladi. Qo'shimcha somatik zararli moddalar, ko'pincha psixoz rivojlanishidan oldin, toksikozning namoyon bo'lishini kuchaytiradi. Spirtli ensefalopatiyalarda vitamin balansining buzilishi juda katta ahamiyatga ega. B1-gipovitaminoz alohida o'rin tutadi. B1 vitaminining etishmasligi uglevod almashinuvining keskin buzilishiga olib keladi, ayniqsa miyada uglevodlar eng muhim energiya manbai bo'lib xizmat qiladi.

Tadqiqot materiallari va usullari. Tadqiqot obyekti uchun RINIATM Samarqand viloyat mintaqaviy filialida alkogol ensefalopatiyasi bilan davolangan 24 yoshdan 64 yoshgacha bo'lgan 48 nafar bemor olindi, bemorlarni o'rtacha yoshi 37 yoshni tashkil qildi. Ularni 48 nafari ham erkak bemorlardir. Tekshiruv usullariga klinik, klinik-katamnestik, ekspremental-psixologik, statistic usullar kiritildi.

Tadqiqot natijasi. Alkogolli ensefalopatiyalarning sistematikasi: Gaye-Vernik ensefalopatiyasi, chaqmoq tez ensefalopatiyasi, mitigatsiyalangan ensefalopatiya, Korsakov psixози, alkogolli psevdoparalichlar, alkogolli ensefalopatiyalarning boshqa kam uchraydigan shakllari. Aslida, bu shunga o'xshash klinik ko'rinish va paydo bo'lish sababi bilan birlashtirilgan bir nechta kasalliklar guruhidir. Avvalo, serebellumning alkogolli degeneratsiyasi paydo bo'ladi, keyin miya yarim sharlari azoblanadi. Alkogolli ensefalopatiya bilan og'rikan bemorlarda quyidagi nevrologik kasalliklarni kuzatish mumkin: 52% bemorlarda giper-va gipotenziya shaklida mushaklarning ohangini buzish, nistagmus, ikki tomonlama ko'rish, harakatsiz qarash, o'quvchining buzilishi (miyoz, nurga reaksiyaning zaiflashishi); 26% bemorlarda yengil parez va piramidal belgilar bilan birga keladigan polinevritlar, qattiq oksipital mushaklar, doimiy taxikardiya va aritmiya, buzilish muvofiqlashtirish va muvozanat, qo'llarning titrashi; 22% bemorlarda doimiy charchoq hissi, xiralashish, qiziqishlar doirasining pasayishi, ishtahaning pasayishi, ayniqsa yog'li va oqsilli ovqatlarga, tashvish, qo'rquv, tajovuzkorlik, kayfiyatning o'zgarishi, xotira, uyqu buzilishlari

kuzatiladi. 35–45 yoshdagi erkaklarga ko‘proq moyil bo‘ladi. Ayollar Korsakov psixoziga ko‘proq moyil bo‘lib, alkogolli psevdoparallar 35–65 yoshdagi erkaklarda ko‘proq rivojlanadi. Alkogolli ensefalopatiya kasalliklarining barcha shakllarida prodromal davr mavjud bo‘lib, u bir necha haftadan bir yilgacha davom etadi. Shakl qanchalik o‘tkir bo‘lsa, prodromal davr shunchalik qisqa bo‘ladi. Ushbu holatning bevosita sababi, birinchi navbatda, bemorlarda alkogolli suyuqliklar va past sifatli spirtlardan foydalanish ("do‘lana", "vitasept", "Napoleon" va boshqalar). Bu, albatta, noqulay tendentsiya, chunki bu patologiya ko‘pincha bemorlarning nogironligiga olib keladi. Ushbu patologiyada o‘lim soni 30% dan 70% gacha. Boshqa hollarda, natija, qoida tariqasida, turli darajadagi ruhiy kasalliklarga aylanadi: psixorganik simptomning rivojlanishi, psevdoparalitik simptom yoki demansning rivojlanishi. Shuning uchun alkogolli ensefalopatiyalar jiddiy kasalliklar bo‘lib, erta malakali davolanishni talab qiladi.

Xulosa. Alkogol ensefalopatiyalarining hozirgi kun holati bemorlarni shifoxonadan chiqqandan so‘ng, reabilitasion texnologiya dasturiga tashrif buyurishga, ularning somatik va salbiy ijtimoiy moslashuv darajasini, hayot sifatini oshiradi.

АЛКОГОЛЬ И МОЗГ, НЕГАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ НА ПАМЯТЬ ЧЕЛОВЕКА

**Юсупов Ж. М.,
Ахматов Д. Э.**

*Республиканского специализированного
научно-практического медицинского
центра наркологии Самаркандской области*

Аннотация: В данной статье рассматривается негативное влияние алкогольной продукции на мозговую деятельность и память. Высказывались также мнения об остром нарушении мозговой деятельности и памяти под влиянием алкоголя.

Алкоголь является анестезирующим веществом, которое поэтому действует как наркотик на клетки мозга, что приводит к замедлению связи между нейронами. Кроме того, клетки мозга также будут функционировать по-разному. В конце концов, некоторые клетки мозга также исчезнут, это называется «потерей мозговой ткани». Это отчетливо наблюдается при ежедневном употреблении 6

стаканов алкоголя и связано с токсичностью алкоголя, разрушающего клетки головного мозга. Из-за этого объем мозга уменьшается, когда человек употребляет алкоголь в избытке в течение многих лет. Таким образом, объем мозга может уменьшиться на 10–15 % у сильно пьющих через 10–15 лет.

Алкоголь оказывает значительное влияние на лобную кору (переднюю часть мозга). Однако это требует самоконтроля и поведения в обществе, а также целенаправленных действий, рассуждений и решения проблем. Таким образом, повреждение лобной коры приводит к снижению интеллектуальных способностей. Кроме того, менее хороший контроль над собой увеличивает риск импульсивных реакций и снижает действие естественных тормозов (например, чтобы остановить желание выпить). И воспоминания больше не переходят из кратковременной памяти в долговременную, в том числе благодаря действию алкоголя на гиппокамп. Это затемнения. Работа памяти часто страдает от последствий долговременного потребления.

Материалы и методы исследования. Действие алкоголя на мозжечок (небольшой мозг, расположенный в задней части черепа) вызывает нарушения моторики, координации и равновесия. Это заметно уже у того, кто когда-то много выпил. Длительное употребление алкоголя в больших количествах может привести к необратимому повреждению головного мозга. Продолговатый мозг в стволе мозга контролирует ряд вегетативных функций, таких как дыхание и сердцебиение. Человек может впасть в кому или даже умереть, если эту часть мозга обезболить под воздействием алкоголя. Этот риск в основном касается запойных пьяниц, которые потребляют большое количество алкоголя в рекордно короткие сроки.

Гипофиз представляет собой железу, расположенную в центре головы, ниже головного мозга. Гипофиз контролирует определенные гормоны, включая гормон роста. Воздействуя на эту железу, алкоголь может вызвать аномалии роста у молодых людей, употребляющих слишком много алкоголя.

Мозг развивается, пока мы не достигнем возраста примерно 23 лет. До этого возраста он особенно чувствителен к ядовитым веществам. Вот почему употребление алкоголя слишком молодым может нанести необратимый ущерб, который снижает умственные способности, память и самоконтроль.

Различные научные исследования предполагают, что люди, употребляющие алкоголь в течение 10-15 лет со скоростью 25 порций в неделю, скорее всего, испытают легкое повреждение головного мозга. И эти пропорции, вероятно, будут ниже у женщин. Однако алкогольная зависимость не обязательно приводит к повреждению головного мозга.

Алкоголь и память образуют дуэт, с которым согласны не все. Вызывает ли алкоголь проблемы с памятью или он играет защитную роль? Увеличивает ли это риск слабоумия? Доктиссимо вам все объяснит.

Алкоголь оказывает неблагоприятное воздействие на здоровье на многих уровнях. Мозг тоже не щадит. Проблемы с памятью, слабоумие, способность к обучению, какую роль алкоголь играет в нашем мозгу.

Алкоголь вызывает ухудшение кратковременной и долговременной памяти. В случае чрезмерного употребления алкоголя человек думает медленнее, испытывает трудности с ориентацией и видит, что его способность к адаптации снижается. Эти проблемы с памятью частично связаны с плохим усвоением витамина В1, который снижается под действием алкоголя. Кроме того, рацион сильно пьющих людей часто нарушается. Добавки витамина В1 могут быть эффективными, но контроль потребления алкоголя и разнообразная и сбалансированная диета - лучший способ сохранить память.

Чрезмерное употребление алкоголя может привести к потере сознания, когда информация из кратковременной памяти не переходит в долговременную память. Бывает так, что мы почти не помним, что произошло во время эпизода алкоголизма, который привел к этому отключению. Мы уже не помним, какие у нас были разговоры, как мы добирались до дома... Если это случается с вами часто, это признак того, что вам нужно пересмотреть свои отношения с алкоголем. Действительно, регулярные отключения электроэнергии вредны для мозга.

Результаты исследований. Согласно исследованиям, проведенным на крысах в Университете Рутгерса (Нью-Джерси), ежедневное или социальное употребление алкоголя может снизить выработку новых нейронов почти на 40%. Кроме того, люди, которые меньше пьют в течение недели, но употребляют много алкоголя в выходные, могут значительно повредить структуру своего мозга. В связи между

алкоголем и риском развития деменции необходимо различать случаи умеренного и чрезмерного потребления.

У тех в возрасте от 30 до 50 лет, которые сказали, что никогда не употребляли алкоголь, риск развития заболевания оказался на 47% выше, чем у тех, кто пил в пределах рекомендуемого лимита (от 1 до 14 единиц алкоголя в неделю).

Исследование, в котором делается статистическое наблюдение, не устанавливает причинно-следственной связи. И, прежде всего, «результаты, наблюдаемые у трезвенников, ни в коем случае не должны побуждать трезвенников начать употреблять алкоголь».

CRITERIA FOR REHABILITATION AND PREVENTION OF PATIENTS WITH ENDOGENOUS PSYCHOSES

Hasanova N.Sh., Shamsikulova S.A.

Samarkand State Medical University,
Department of Psychiatry. Samarkand, Uzbekistan.

Scientific supervisor - acc. Khayatov R.B.
shamsikulova@gmail.com

According to WHO, endogenous mental disorders are characterized by the most severe socio-economic consequences. Thus, in most works devoted to the development of the category of mental adaptation in the practical, medical and psychiatric aspect, theoretical constructions are carried out in three main directions: psychological or personal-psychological, biological or psychophysiological and social or personal-ecological.

The purpose of the study: to study the criteria for assessing the rehabilitation and prevention of patients with endogenous mental disorders.

Material and methods of research 111 patients with endogenous mental disorders (according to the diagnostic sections of ICD-10: F20, F25 and F31) hospitalized in the Samarkand Regional Psychiatric Hospital were examined. Of these, 87 people (60.8% of all examined patients) suffered from schizophrenia (49 patients, or 56.3% of this group, had a paranoid form of the persistent type; 21 patients, or 24.1%, had a paranoid form of the paroxysmal progressive type. of course, and 17 patients or 19.5% in normal form) Schizoaffective disorder (SAR) was diagnosed in 24 patients (16.8% of all examined patients), and bipolar affective disorder (BAR) was diagnosed in 32 patients (22.4% of all examined patients). Of the patients with schizophrenia, 63.2% are men

(55 people) and 36.8% are women (32 people). In the group of patients with schizoaffective disorder, men make up 54.2% (13 people), women-45.8% (11 people). In the group of patients with bipolar affective disorder, men make up 56.2% (18 patients), and women -43.8% (14 patients).

The average age of patients with schizophrenia was 27.7 ± 8.1 years, the duration of the disease in patients with schizophrenia was 7.2 ± 4.9 years, duration. intensity 11.9 ± 7.7 months. The average age of patients with schizoaffective disorder was 29.9 ± 11.7 years, the duration of the disease in patients with schizoaffective disorder reached 8.6 ± 3.9 years, the duration of exacerbation was 5.4 ± 5.9 months.

The results of the study. When analyzing the clinical and psychopathological component of biopsychosocial adaptation, the study revealed a pronounced development of the disease in patients with schizophrenia (all forms and types of course considered); with bipolar affective disorder, the course of the disease without exacerbation (prolonged and frequent seizures, the appearance of more severe forms with psychotic inserts) was observed in a quarter of observations; schizoaffective disorder, according to the criterion of progression, it occupied an intermediate position between bipolar affective disorder and schizophrenia and was closer to bipolar disorder.

There was a certain predominance of negative symptoms, but they did not reach the degree of severity, which in most cases indicates the absence of an obvious defect. The severity of the negative symptom complex in bipolar affective disorder was not evaluated due to the inability to correctly compare these indicators with schizophrenia and schizoaffective disorder.

In accordance with the standards of care for patients with schizophrenia, when choosing a method of psychotherapeutic influence, it is preferable to use a psychological and pedagogical approach with elements of problem-solving techniques and teaching social skills used in cognitive activity. behavioral therapy.

Conclusions 1. Clinical and psychopathological (biological) features of the depth of mental trauma in patients with schizophrenia (psychopathological "saturation" according to the results of psychometric assessment) are important factors preventing further social adaptation of this group of patients.

2. In many respects, the psychological adaptive-compensatory characteristics that determine adaptive behavior are similar in terms of psychological defense mechanisms in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder and are less constructive and adaptive than in patients with bipolar affective disorder.

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Д.С.Аббосова, Ф.К.Шарипова.</i> Особенности условия формирования невротического энуреза у детей	3
<i>Абдукахарова Г.К., Равшанов Ж.А., Рустамова М.Ш., Ташпулатов К.С., Валиев Р.А., Рашидов А.И., Хайрединова И.И.</i> Поведенческие паттерны лиц, злоупотребляющих синтетическими психостимуляторами.....	5
<i>Абдуллаева В.К., Амбарцумов Л.В., Ганиханов А.А.</i> Оценка экспертной деятельности судебных психиатров в республике Узбекистан.	6
<i>Алигаева Н.Н.</i> Расстройство пищевого поведения и пищевая аддикция: современный взгляд на проблему.....	8
<i>Алиев Б.А.</i> Детерминанты психологического неблагополучия при мужском идиопатическом бесплодии	11
<i>Алимова Ш. Г., Бабарахимова С. Б.</i> Оценка подростковых дисморфофобий.....	14
<i>Арипова М.А, Самтаров Т.Ф., Абдуллаева В.К.</i> Детерминанты психологического здоровья у больных с тревожными расстройствами в период пандемии covid-19».....	18
<i>Astayev R. B., Xalilov G'. S.</i> Spirtli ichimliklarga qaramlikning shakllanishi va rivojlanishida nasliy moyillikning ta'siri.....	19
<i>Ахмедова Д. Ф., Игамбердиева К. Ш.</i> Нарушение развитие речи у детей с детским церебральным параличом и пути их преодоление.....	22
<i>Ашууров З.Ш., Хайрединова И.И., Ядгарова Н.Ф., Лян Е.М.</i> Предпосылки к развитию нормативно-правовой базы службы охраны психического здоровья населения республики Узбекистан.....	28
<i>Бабаев Ж.С., Султанов Ш.Х, Курбанниязова Ш.Э.</i> Электрокардиограмма при антипсихотической терапии: комплексный статистический анализ.....	32
<i>Бабарахимова С.Б., Файзуллаева К.Р., Мирворисова З.Ш.</i> Особенности арт-терапии у пациентов с параноидной шизофренией.....	34
<i>Baymirov S. L., Katarov O. X.</i> Surunkali alkogolizm bilan og'rigan bemorlarda, naftizin (nafazolin) suiste'molining kuzatilishi va kechishi.....	37
<i>Баймирова Л.Т., Турсунходжаева Л.А., Азизова Д.К.</i> Интоксикационные психозы, обусловленные сочетанным употреблением психоактивных веществ.....	38
<i>Н.В.Безбородова, О.В.Петрунько.</i> Клинико-демографические особенности лиц с психическими расстройствами, проходивших обследование по направлению бюро медико-социальной экспертизы в психиатрическом стационаре	40
<i>Бодагова Е.А., Говорин Н.В.</i> Анализ психопатологического и нейрофизиологического профиля детей, оставшихся без попечения родителей.....	43

<i>Валова Н. В.</i> Психологические особенности развития и обучения младших школьников с легкой степенью умственной отсталости....	49
<i>Е.В.Васильева, О.Е.Коростелева.</i> Особенности социальной адаптации подростков с психическими расстройствами.....	52
<i>С.В. Выходцев, И.А. Трегубенко.</i> Сексуальная сфера пациентов как фактор сохранения приверженности психофармакотерапии	56
<i>Ганиханов А.А., Хамидуллаев Х.Ш.,</i> Актуальность развития Социально-ориентированной помощи больным параноидной шизофренией.....	61
<i>Гопурова Г.Ф., Абдулкасимов Ф.Б., Курбаниязова Ш.Э.</i> Особенности психоэмоциональных изменений у женщин в период беременности.....	63
<i>Гопурова Г.Ф., Усманова Ш.Ф., Бабаев Ж.С., Уралова Д.А.</i> Психопатологические особенности затяжных эндогенных депрессий... ..	68
<i>Гопурова Г.Ф., Бабарахимова С.Б., Абдулкасимов Ф.Б., Усманова Ш.Ф.</i> Личность и межличностные отношения младших школьников с минимальной мозговой дисфункцией и синдромом дефицита внимания и гиперактивности	73
<i>Абдулкасимов Ф.Б., Шарипова Ф.К., Гопурова Г.Ф., Бабаев Ж.С., Курбаниязова Ш.Э.</i> Сравнительное изучение клиники непсихического и психотического вариантов течения хронического алкоголизма.....	75
<i>Гопурова Г.Ф., Абдуллаева В.К., Абдулкасимов Ф.Б., Уралова Д.А.</i> Непсихотические расстройства психической сферы у больных вирусными гепатитами (клиника, диагностика, принципы психотерапии) ...	79
<i>Алимов У.Х., Абдулкасимов Ф.Б., Гапурова Г.Ф.</i> Иммунологическая терапия больных с затяжными депрессиями.....	84
<i>Гопурова Г.Ф., Ходжаева Н.И., Султанов Ш.Х., Усманова Ш.Ф.</i> Иммунологические аспекты затяжных депрессиях.....	86
<i>Гаяубов У.М., Ходжаева Н.И., Султанов Ш.Х., Абдулкасимов Ф.Б., Гапурова Г.Ф. Нарова И.Р.</i> Психологическое воздействие пандемии Covid-19 на примере Узбекистана.....	88
<i>Герасимчук Е.С., Сорокин М.Ю., Горбунова О.В., Портениер С.Н., Лутова Н.Б.</i> Взаимосвязь социо-психологических факторов: негативного детского опыта, самостигматизации и личностных особенностей пациентов психиатрического профиля с мотивацией к терапии.....	94
<i>Гопурова Г.Ф., Султанов Ш.Х., Бабаев Ж.С., Абдулкасимов Ф.Б., Курбаниязова Ш.Э.</i> Совершенствование лечебных мероприятий путем включения иммунокорректирующего препарата в схему лечения больных с затяжными депрессиями.....	97
<i>Гопурова Г.Ф., Бабаев Ж.С., Абдулкасимов Ф.Б., Гаяубов У.М.</i> Клинико-иммунологические и клинико-динамические аспекты затяжных депрессий ..	100
<i>Гопурова Г.Ф., Султанов Ш.Х., Курбаниязова Ш.Э., Гаяубов У.М., Икрамова Ш.С.</i> Профилактика зависимостей – одно из направлений воспитательной работы кафедры предметов терапевтического направления №3 на занятиях по предмету» психиатрии и наркологии»	102

<i>Н. Ф. Гребень.</i> Проблемы объективной диагностики депрессивных расстройств при проведении патопсихологического обследования.....	107
<i>Гуткевич Е.В., Лебедева В.Ф., Бохан Н.А.</i> Всемирный день психического здоровья: томский 30-ти летний опыт охраны общественного психического здоровья.....	111
<i>Даниленко Н.Н.</i> Проблемы социальной адаптации молодежи в условия пандемии covid-19.....	117
<i>Daulbekov D.S., Kopzhasarova K.A., Burhina M.P., Zhumabaikyzy A., Eskenov A.E., Kenshilikov M.A., Zarirov O.B.</i> To the question of the efficiency of psychoeducational programs for patients with schizophrenia in conditions of compulsory treatment.....	121
<i>Даулбеков Д. С., Копжасарова К.А., Бурхина М.П., Жұмабайқызы А., Ескенов А. Е., Кеншиликов М.А., Заринов О.Б.</i> К вопросу эффективности проведения психообразовательных программ больным шизофренией в условиях принудительного лечения	126
<i>И.И.Елисейкина, О.В.Петрунько.</i> Динамика психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением алкоголя, в период пандемии новой коронавирусной инфекции в свердловском административном округе г.Иркутска	131
<i>Yeshimbetova S.Z., Sarsembaev K.T., Aknazarov S.A., Mashueva A.H.</i> Optimization of therapy for recurrence of bipolar affective disorders in the background of covid-19.....	134
<i>S.Z. Yeshimbetova, N.I. Raspopova, E.Y. Prokopova, A.K. Tokpanova, Zh.A. Kamalbekova, T.A. Bakir, Z.I. Salikhova, A.V. Sabirgaliev, N.M. Altiev, G.O. Abdybaeva, D.M. Mizanbaev.</i> Social and clinical characteristics of mental and behavioral disorders in the post-covid period.....	135
<i>Жалилова Г.М., Сааков А.В.</i> Влияние метода депривацией ночного сна (тдс) в лечении депрессивных расстройств.....	137
<i>Ешимбетова С.З., Сарсембаев К.Т., Акназаров С.А., Машуева А.Х.</i> Оптимизация терапии рецидива биполярных аффективных расстройств на фоне covid-19.....	140
<i>С.З. Ешимбетова, Н.И.Распопова, Е.Ю.Проконова, А.К.Токпанова, Ж.А.Камалбекова, Т.А.Бакир, З.И.Салихова, А.В.Сабиргалиев, Н.М.Алтиев, Г.О.Абдыбаева, Д.М.Мизанбаев.</i> Социально-клиническая характеристика психических и поведенческих расстройств постковидного периода.....	142
<i>Ипатова К.А.</i> Связь аффективного состояния с временной перспективой и мотивацией к отказу от пав у пациентов наркологической реабилитации	144
<i>Ирмухамедов Т.Б., Абдуллаева В.К., Рогов А.В.</i> Особенности социальной адаптации детей с расстройствами аутистического спектра	148

<i>Irmukhamedov T.B., Rakhmatjonova R.R., Ibrahimov Sh. F., Botirov I., Kolotilo K. S.</i> Clinical aspects of cognitive functioning in children with autism spectrum disorder.....	149
<i>Искандарова Ж.М.</i> Принципы лечения больных параноидной шизофренией с учётом гендерных особенностей.....	150
<i>Исканжанова Н. И., Бабарахимова С. Б.</i> Роль семьи в формировании интернет-аддикции.....	155
<i>А. В. Карлова, З.Т. Гусейнова, И.С. Ляпунов, С.И. Ляпунов, М.В. Иванов, И.И. Шошина.</i> Контрастная чувствительность и глазной микротремор в норме и при шизофрении с галлюцинаторной и бредовой симптоматикой	160
<i>Р.В. Кашавкин, Д.В. Труевцев, Е.В. Гуткевич.</i> Импульсивность в контексте перехода от суицидальных мыслей к суицидальному поведению.....	162
<i>Кдрыбаева Ф.Р.</i> Оценка распространенности стоматологических заболеваний у детей в разные периоды жизни.....	167
<i>Кенжаева Н.К., Хусанов И.Я., Кенжаева Д.К.</i> Умумтаълим мактабларининг юқори 9-11 синф ўқувчилари билан “музокаралар майдончалари” ни ўтказиш.....	168
<i>Кимсанбоева О. К. Рогов А.В.</i> Психопатологический профиль аффективных расстройств у больных параноидной шизофренией, ассоциированной со стрессом.....	170
<i>Козлов М.Ю., Иваницкая Е.Д.</i> Связь нарушенного типа привязанности, «большой пятерки» и психологического благополучия у пациентов с депрессивным эпизодом.....	172
<i>Kopzhasarova K.A., Burhina M.P., Zhumabaikyzy A., Janahmet J.A., Omirali A., Seidazimov E., Dakenova A.</i> Approaches to the therapy of schizophrenia in the conditions of psychiatric hospital of a specialized type with intensive observation.....	175
<i>Копжасарова К.А., Бурхина М.П., Жұмабайқызы А., Жанахмет Ж.А., Омирали А., Сейдазимов Е., Дакенова А.</i> Подходы к терапии шизофрении в условиях психиатрической больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением	179
<i>Королева П.В.</i> Особенности несуицидальных самоповреждений у подростков.....	184
<i>Кудряшов М.А.</i> Торонтская шкала алекситимии: обзор актуальных вопросов.....	186
<i>Kurbaniyazova Sh.E., Babayev J.S., Uralova D.A., Gopurova G.F.</i> Ayollar alkogolizmining gender xususiyatlari.....	189
<i>Кучкаров У.И., Илёсов Б.У., Ашурова Р.Р.</i> Взаимосвязь когнитивных расстройств и качества жизни при эпилепсии.....	191
<i>Кучкаров У.И., Ходжаева Н.И.</i> Оценка когнитивных расстройств с учетом динамики клинико-социологических параметров шизофрении.	193

<i>Кучкаров У.И., Илёсов Б.У., Ашурова Р.Р.</i> Особенности когнитивных дисфункций у больных шизофренией.....	196
<i>Логачева А. А., Струкова Е. Ю.</i> Характеристика медико-социальных обращений лиц, имеющих психические расстройства.....	198
<i>Логина А.Ю.</i> Эпидемиологические особенности наркологических расстройств населения старше трудоспособного возраста В республике Беларусь	202
<i>Лутова Н.Б.</i> Типология причин нарушений приверженности к медикаментозной терапии у больных с тяжелыми психическими расстройствами.....	207
<i>Р.Х. Махматов М.Л. Аграновский, А.Б. Рахматов.</i> Роль психофармакологического лечения невротических расстройств при различных формах псориаза.....	211
<i>Матвеева А.А.</i> Изотерапия в коррекции и диагностике больных параноидной шизофренией.....	214
<i>Мелёхин А.И.</i> Когнитивный стиль пациентов с рефрактерным синдромом раздраженного кишечника: Копинг-стратегии и перфекционизм... Cognitive style of patients with refractory irritable bowel syndrome: coping strategies and perfectionism.....	215 216
<i>Миназов Р.Д.</i> Задачи реабилитации пациентов с пограничным расстройством личности в рамках стационарного психотерапевтического отделения.....	222
<i>Мурадходжаев С.Б. Шарипова Ф.К.</i> Сравнительный анализ клинической картины ранней детской шизофрении и расстройств аутистического спектра.....	225
<i>М.В. Миняйчева, В.Е. Рубайлова, О.Е. Жаворонкова, О.Д. Пуговкина.</i> Специфика метакогнитивного функционирования у пациентов с депрессией в зависимости от стажа заболевания.....	228
<i>Мирзаева Г.А., Бабарахимова С.Б.</i> Исследование суицидальных тенденций у подростков с поведенческими нарушениями депрессивного генеза.....	233
<i>В.А. Muranov, J.M. Yusupov.</i> Surunkali alkogolizmga chalingan bemorlarda, boshqa turdagi PFM.lar (bralget) suiste'molida shaxs xususiyatlarining ahamiyati.....	238
<i>Муродова У.Д., Ходжаева Ф.</i> “Суяк – таянч аппаратининг патологик бузилишлари” мавзусини инновацион технологиялар асосида ўқитиш.	240
<i>Мухторов Б.О., Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К., Сулейманов Ш.Р., Шарипова Ф.К.</i> К проблеме семейной профилактики расстройств поведения.....	244
<i>Мухторов Б.О., Бабарахимова С.Б.</i> Взаимосвязь личностных особенностей мальчиков-подростков с самоповреждающим поведением и видами конфликтных ситуаций.....	247

<i>Наджимова Г. З. Бабарахимова С. Б.</i> Депрессивные расстройства у подростков.....	250
<i>U.A.Nosirova., R.Sh.Zayniddinova.</i> Asab-ruhiy rivojlanishda orqada qolgan bolalarni bilish jarayonini rivojlantirish usullari.....	255
<i>С. Н. Нурходжаев, В.К. Абдуллаева.</i> Исследование предметно-струального синдрома у женщин с личностными расстройствами и терапевтически резистентными депрессиями.....	258
<i>С.Н. Нурходжаев.</i> Особенности фармакорезистентных депрессий у женщин, госпитализированных в психиатрический стационар.....	263
<i>Пономарева Е.В.</i> Влияние депрессивных расстройств на течение деменции пожилого возраста.....	267
<i>Пономарева Е.В.</i> Клинико-психологическое проспективное исследование когнитивных функций у пожилых пациентов с синдромом мягкого когнитивного снижения.....	270
<i>Пономарева Е.В.</i> Клинико-иммунологические маркеры неблагоприятного течения синдрома мягкого когнитивного снижения у пациентов пожилого возраста.....	273
<i>Пономарева Е.В. Чут У.Ю.</i> «Выученная» ипохондрия как предикат развития депрессивности у детей и подростков.....	276
<i>Поплевченков К.Н., Агibalова Т.В., Бузик О.Ж.</i> Оценка длительности и качества терапевтических ремиссий у пациентов с сочетанной зависимостью от психоактивных веществ.....	278
<i>М.Р.Пўлатхўжаева, Гайратова М.</i> Рухий ривожланиши сустлашган болаларнинг ўзига хослиги.....	281
<i>Пышкина Н.В., Палин А.В.</i> Особенности организации психолого-психотерапевтической помощи на базе психиатрической клинической больницы №4 им. П.б. ганнушкина г. Москвы.....	285
<i>Palvanov R. O., Sharipova F. K.</i> Paranoid shizofreniyali bemorlarda negativ simptomatikaning etnomadaniy xususiyatlarining solishtirma bahosi.....	290
<i>Рахимов З. Эшанкулов Р.</i> Самарқанд вилоятида суд наркологик экспертизалар натижасида аниқланган гиёҳвандлик нозологияси бўйича кўрсаткичлар.....	293
<i>Рахmatullayev A., Xasanova Yo. M.</i> Og‘ir nutq buzilishlari bo‘lgan bolalarning psixofiziologik xususiyatlari.....	294
<i>Рогов А.В.</i> Аспекты социальной адаптации и качества жизни больных параноидной шизофренией, сочетанной с хроническими вирусными гепатитами.....	299
<i>Рустамова Ж.Т.</i> Посттравматическое стрессовое расстройство в постковидном периоде.....	301
<i>Рустамова Ж.Т.</i> Синтетический наркотик – альфа-пвп.....	303
<i>Рустамова Ж.Т.</i> Психические нарушения у больных с постковидным синдромом.....	305

<i>Рустамова М.Ш., Равшанов Ж.А., Абдукахарова Г.К., Рашидов А.И., Бахрамов Ф.Ш., Равшанова М.У.</i> Сурункали алкоғолизм касаллиги чалинган беморларни даволашда хулқ – атвор психотерапиясини ўрни.	307
<i>Рустамов У.Т., Турсунов Ш.У.</i> Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак хавфли ўсма касалликларидаги депрессив-хавотирли бузилишларни тарқалиши, қиёсий ташхисоти ва даволаш чоралари.....	308
<i>Сайфутдинова Н. Н., Темирова У. Б.</i> Ташқи муҳит омилларининг ҳомиладорлик даврига ва ҳомилага таъсири.....	310
<i>Safarova S.O., Muminova M. X.</i> Alohida yordamga muhtoj bolalarni maktabgacha ta'lim muassasasiga tayorlashning tizimli yondashuvi.....	315
<i>Д.В. Силаева, Е.В. Гуткевич.</i> История понимания расстройств пищевого поведения.....	319
<i>Собесский А.В., Ситчихин П.В., Артеменко А.В.</i> Опыт организации приёма лиц с психическими расстройствами в круглосуточный психиатрический стационар в условиях пандемии covid-19.....	323
<i>Сулейманов Ш.Р., Шарипова Ф.К.</i> Инновационные методы обучения на кафедре психиатрии и медицинской психологии.....	326
<i>Султанов Ш.Х., Шамсиев А.Т., Гаюбов У.М. Гапурова Г.Ф. Назирова З.И.</i> Научно-образовательное сотрудничество узбекистана с российской федерацией - специалитет «клиническая психология».....	329
<i>Султонова К.Б., Шарипова Ф.К.</i> Клинические проявления аффективных нарушений у подростков с сахарным диабетом 1 типа.....	333
<i>Сюняков Т.С, Морозова А.Ю., Зоркина Я.А., Савенкова В.И., Алексеева П.Н, Щелканова И.О., Андреев Д.С., Костюк Г.П.</i> Сравнение уровня тревоги у работников здравоохранения России в 2020 и 2022 году.....	337
<i>Тагильцева Е.В., Паша В.Н., Чупрунова М.А., Сафарова Д.С.</i> Особенности враждебности и агрессивности у подростков с несуицидальным самоповреждающим поведением.....	341
<i>Таджибаев У.А., Ашуров З.Ш., Хайрединова И.И.</i> Клинические особенности течения covid-19 у пациентов с циррозом печени алкогольной этиологии.....	345
<i>Саттарова З.Р., Мирдадаева Д.Д., Одилова М.А.</i> Психологические и личностные особенности медицинских сестёр в структуре первичного звена здравоохранения.....	348
<i>Е.В.Тряценок, О.В.Петрунько.</i> Временная нетрудоспособность при психических и поведенческих расстройствах в период пандемии новой коронавирусной инфекции.....	349
<i>Туйчиев Ш.Т.</i> Психоэмоциональные нарушения у лиц молодого возраста с постковидным Синдромом.....	352
<i>Тураев Б.Т., Мўминов Ж.И.</i> Особенности формирования алкогольной зависимости у пациентов, страдающих шизофренией.....	354
<i>Турсунходжаева Л.А., Баймирова Л.Т.</i> Суицидальное поведение лиц, зависимых от психоактивных веществ.....	357

<i>Turayev B.T.</i> Covid-19 pandemiyasi davrida alkogolga qaramlik mavjud bo'lgan oiladagi bolalarda autoagressivlik harakatlar.....	359
<i>Тухватуллина Э. И. Агибалова Т. В. Гордеева Е. А.</i> Анализ приверженности к психофармакотерапии у пациентов с заболеваниями шизофренического спектра.....	363
<i>Умуров Н. А., Абдуллажанова Ш. Ж.</i> Клинические особенности психических нарушений в период пандемии короновирусной инфекции.....	366
<i>Усербаева Р.К., Ашуров З.Ш.</i> Взаимосвязь уровней осознанности и тревожности у родителей подростков с тревожно-фобическими расстройствами.....	369
<i>Umurov N. A., Shadmanova L. Sh.,Yadgarova N.F.</i> Koronavirus infeksiya pandemiyasi davrida ruhiy kasalliklarning patopsixologik xususiyatlari.....	372
<i>Утеулиева П. Г., Рогов А.В.</i> Личностные характеристики подростков с несуицидальными аутоагрессивными действиями.....	373
<i>Файзуллаева К.Р., Мирворисова З.Ш., Бабарахимова С.Б.</i> Арт-терапия дигестивных нарушений у пациентов с параноидной шизофренией....	374
<i>И.И. Шошина, А.С. Федорова, З.Т. Гусейнова, И.С. Ляпунов, М.В. Иванов, С.И. Ляпунов.</i> Контрастная чувствительность и микротремор глаз у лиц с шизоаффективной и шизотипической симптоматикой: пилотное исследование.....	377
<i>Хайрединова И.И., Ашуров З.Ш.</i> Международные аспекты развития наркологической службы, на примере республиканского специализированного научно-практического центра наркологии министерства здравоохранения республики Узбекистан.....	379
<i>Халилов Ш.Б., Бабарахимова С.Б.</i> Изменения в психоэмоциональной сфере подростков с интернет-аддикцией.....	383
<i>Хаятов Р.Б., Шамсикулова С.А.</i> Особенности коморбидного течения депрессивных расстройств при алкогольной зависимости.....	386
<i>Nayatov R. B., Shamsikulova S. A.</i> Influence of learning stress on the development of asthenic syndrome in medical students.....	388
<i>Холмуродова М.Б. Рогов А.В.</i> Клинические особенности течения параноидной шизофрении, Сочетанной с соматической патологией....	391
<i>Чубаровский В. В.</i> Распространённость, структура пограничной психической патологии у учащихся подростков в условиях гиперинформационной цифровой среды	394
<i>Чурбакова О.Ю., Прокопенко Ю.А.</i> Эффективность комплексного подхода в лечении и реабилитации детей с расстройствами аутистического спектра.....	398
<i>Шадманова Л.Ш., Ходжаева Н.И., Ядгарова Н.Ф. , Лян Е.М., Ражабов М.Ш.</i> Деменцияда аффектив бузилишлар ривожланишининг ижтимоий-психологик хусусиятлари.....	400

<i>Шадманова Л.Ш., Ядгарова Н.Ф., Зокиров М.М., Ражапов М.Ш.</i> Психопатологическая структура аффективных расстройств у больных пожилого возраста	402
<i>Шайхисламова М.Х, Бабарахимова С.Б.</i> Эффективность психотерапии у подростков с дисморфофобическими нарушениями.....	403
<i>Шамирзаева Х.Б., Матвеева А. А.</i> Особенности мотивация у студентов медицинского вуза с burnout - синдромом	407
<i>Shamsikulova S.A.</i> Clinical features of alcoholism in young women with deviant behavior.....	408
<i>Shamsikulova S.A.</i> Psychopharmacotherapy of affective conditions for alcohol dependence	410
<i>Ф.К. Шарипова, С.Б. Бабарахимова, В.К. Абдуллаева, Ш.Р. Сулейманов.</i> Исследование особенностей суицидальных тенденций у подростков с нарушениями пищевого поведения	412
<i>Шестакова Е.С., Ситникова Э.О., Султанова А.Н.</i> Психологические особенности кросс-культурной адаптации иностранных студентов из средней азии.....	416
<i>Шилова О.В., Шаденко В.Н., Шапаревич А.С., Глебко О.П.</i> Факторы, влияющие на формирование большого депрессивного эпизода среди взрослого населения республики беларусь.....	419
<i>Эрнаева Г.Х., Самтаров Т.Ф.</i> Психотерапевтическая помощь при психоэмоциональных расстройствах у таэквондистов.....	423
<i>Ergasheva G. R.</i> Alkogol ensefalopatiyasi bor bemorlarda reabilitatsion dasturning ahamiyati	424
<i>Юсупов Ж. М., Ахматов Д. Э.</i> Алкоголь и мозг, негативное влияние употребления алкоголя на память человека.....	426
<i>Hasanova N.Sh., Shamsikulova S.A.</i> Criteria for rehabilitation and prevention of patients with endogenous psychoses.....	429

**СБОРНИК ТЕЗИСОВ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ ОНЛАЙН-КОНФЕРЕНЦИИ**

**XXI ВЕК: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА
ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ - III**

*Сборник посвящен памяти учителя, доктора медицинских наук,
профессора Исмаилова Турсун Исмаиловича*

Ташкент – «Fan va texnologiyalar nashriyot-matbaa uyi» – 2023

Редактор: Ш.Кушербаева
Дизайнер: У.Ортиков
Компьютерная
вёрстка: Ш.Миркасимова



E-mail: tipografiyacent@mail.ru Тел: 97-450-11-14, 93-381-22-07.

Разрешено в печать 17.04.2023.

Формат 60x84 ¹/₁₆. Гарнитура «Times New Roman».

Офсетная печать. Усл. печ.л. 27,75. Изд. печ.л. 27, 5.

Тираж 100. Заказ № 30.

**Отпечатано в типографии
«Fan va texnologiyalar nashriyot-matbaa uyi»
г. Ташкент, ул. Фозилтепа, 22 б.**

