



Региональная  
научно-практическая конференция

## АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

### ТЕЗИСЫ

г. Чита

26–27 мая 2016 года

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия МЗ РФ

Министерство здравоохранения Забайкальского края

Забайкальская ассоциация психиатров

Ассоциация наркологов Забайкалья

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ  
ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ  
В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

Сборник тезисов

Региональной научно-практической конференции  
«Актуальные проблемы психиатрии и наркологии»

(Чита, 26-27 мая 2016 года)

Чита-2016

УДК 616.89  
ББК 56.1  
А 43

## НАУЧНОЕ ИЗДАНИЕ

**Актуальные проблемы психиатрии и наркологии в современных условиях:** сборник тезисов Региональной научно-практической конференции «Актуальные проблемы психиатрии и наркологии» (Чита, 26-27 мая 2016 года). – Чита: ГБОУ ВПО ЧГМА, 2016. – 140 с. [Электронное издание].

Данный сборник тезисов включает материалы Региональной научно-практической конференции «Актуальные проблемы психиатрии и наркологии».

Цель конференции определена как обмен научными достижениями и обсуждение актуальных проблем психиатрии, наркологии и психотерапии. Широка тематика работ, изданных в рамках проведения данного мероприятия:

- 1) актуальные проблемы эпидемиологии и диагностики психических и наркологических расстройств;
- 2) биологические основы психических и наркологических расстройств;
- 3) современный взгляд на вопросы терапии, прогноза и профилактики психических и наркологических заболеваний;
- 4) современные аспекты психофармакотерапии;
- 5) актуальные вопросы психотерапии и клинической психологии.

В настоящем сборнике представлено более 60 научных публикаций специалистов разных регионов России и стран СНГ.

Для психиатров, наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов.

### **Члены редакционной коллегии:**

**А.В. Сахаров** (научный редактор)  
**О.П. Ступина, О.П. Дубинин**

Ответственный за выпуск:  
**С.Е. Голыгина**

© ГБОУ ВПО Читинская ГМА, 2016  
© МЗ Забайкальского края, 2016

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>Алфимова М.В., Мельникова Т.С., Плакунова В.В.</b> (Москва, Россия) Оценка «негативного сдвига» в клинико-психологическом обследовании когнитивной сферы при расстройствах аффективного спектра.....	8
<b>Бакшеева Г.П.</b> (Чита, Россия) Опыт работы бригады специалистов ГУЗ «Краевой наркологический диспансер» в районах Забайкальского края.....	10
<b>Барышева О.В., Гармаев Б.Б.Ш.</b> (Чита, Россия) Вопросы дигностики и тактики курации пациентов с алкогольной кардиомиопатией в условиях наркологического отделения.....	12
<b>Барышева О.В., Краузе Л.А.</b> (Чита, Россия) Ксенон при лечении пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью в период абстинентного синдрома.....	15
<b>Бодагова Е.А., Иванова О.В, Дугаржапова З.Г.</b> (Чита, Россия) Клинико-психопатологическая характеристика лиц, находившихся на принудительном стационарном лечении.....	17
<b>Бочкарева Т.К., Аксенова Н.А.</b> (Чита, Россия) Правовые аспекты проведения химико-токсикологических исследований.....	19
<b>Бунина М.В.</b> (Чита, Россия) Состояние психического здоровья детского населения Забайкальского края, проблемы и перспективы совершенствования оказания психиатрической помощи детям.....	21
<b>Гажа А.К., Тулупова О.В.</b> (Тамбов, Россия) Критерии лечебно-реабилитационной работы с больными, совершившими общественно опасные действия, в условиях стационара.....	25
<b>Гажа А.К., Тулупова О.В.</b> (Тамбов, Россия) Социальный фактор при проведении психосоциальной реабилитации в отделении принудительного лечения.....	26
<b>Гажа А.К., Тулупова О.В.</b> (Тамбов, Россия) Трудовая реабилитация как одно из направлений работы с пациентами, находящимися на принудительном лечении.....	27
<b>Глушенков А.А.</b> (Чита, Россия) Правила организации деятельности кабинета профилактики наркологических расстройств.....	28
<b>Головина А.Г., Шмакова О.П.</b> (Москва, Россия) Пантогам в амбулаторной терапии органических непсихотических психических расстройств детско-подросткового возраста.....	29
<b>Григорьева Т.В.</b> (Чита, Россия) Эмоциональный интеллект у больных невротическими расстройствами.....	32
<b>Дубинин О.П., Бакшеева Г.П.</b> (Чита, Россия) Тестирование учащихся на наркотики в Забайкальском крае.....	33
<b>Дубинин О.П.</b> (Чита, Россия) Об итогах модернизации наркологической службы Забайкальского края.....	35
<b>Дугарова А.В.</b> (Чита, Россия) Реализация программы амбулаторной реабилитации в ГУЗ «Краевой наркологический диспансер».....	38
<b>Енина В.В., Енин К.А.</b> (Нижний Новгород, Россия) Дисфункциональное состояние в контексте холистической модели здоровья личности .....	40

<b>Колчанова Т.Г., Голыгина С.Е., Сахаров А.В.</b> (Чита, Россия) Первые результаты регистрации парасуицидов в Забайкальском крае.....	43
<b>Колчина М.А.</b> (Чита, Россия) Современные аспекты лечения деменции.....	44
<b>Коровайцева Г.И., Колесина Н.Ю., Каспаров С.В., Волель Б.А., Голимбет В.Е.</b> (Москва, Россия) Связь генов воспалительных факторов с депрессией у мужчин с ишемической болезнью сердца.....	47
<b>Кравцов А.С.</b> (Чита, Россия) Пресуппозиции (презумпции) речевого взаимодействия между психотерапевтом и пациентом в индивидуальной психотерапии.....	49
<b>Кравченко С.Л.</b> (Чита, Россия) Опыт применения препарата Сероквель-пролонг в терапии биполярного аффективного расстройства (клинические случаи).....	51
<b>Кузьмина Л.М., Сахаров А.В.</b> (Чита, Россия) Клинический случай длительного течения бредового инволюционного психоза.....	52
<b>Курасов Е.С., Тарумов Д.А., Якуша Д.Н., Евдакова И.А.</b> (Санкт-Петербург, Россия) Психические нарушения при синдроме зависимости от алкоголя: клинико-психологические и нейровизуализационные аспекты.....	55
<b>Лежейко Т.В., Колесина Н.Ю., Каспаров С.В., Наседкина Н.Ю., Великая Н.В., Голимбет В.Е.</b> (Москва, Россия) Полиморфизм гена ZNF804A rs1344706 и его влияние на клинические проявления шизофрении.....	58
<b>Лобанова А.А.</b> (Чита, Россия) Опыт реализации реабилитационной программы для родителей, страдающих алкогольной зависимостью в ГУЗ «Краевой наркологический диспансер».....	59
<b>Лобанова А.А., Бутина М.А.</b> (Чита, Россия) О результатах мониторинга наркоситуации на территории Забайкальского края по итогам 2015 года.....	61
<b>Лобанова А.А., Игнатьева А.В.</b> (Чита, Россия) Порядок диспансерного наблюдения за пациентами с наркологическими расстройствами.....	62
<b>Лукин-Григорьев В.В., Строганов А.Е., Стреминский С.Ю.</b> (Барнаул, Россия) Факторы развития зависимостей от социальных Интернет-сетей .....	64
<b>Морицан И.В.</b> (Чита, Россия) Опыт лечения табачной зависимости методом рефлексотерапии.....	66
<b>Нечаева Т.О.</b> (Чита, Россия) Некоторые аспекты медицинской и социальной реабилитации в Забайкальском крае.....	68
<b>Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А.</b> (Самара, Россия) Деменция – вопросы клинической классификации, стигматизации, этики и права.....	71
<b>Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А.</b> (Самара, Россия) Депрессивное расстройство – депрессивная болезнь (эпизод) – депрессивная реакция – «депрессивное» настроение (вопросы нормы и патологии).....	73
<b>Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Киселева Ж.В.</b> (Самара, Россия) Наркологическая этология (поведения) как новая парадигма в социальной наркологии.....	76
<b>Озорнин А.С., Озорнина Н.В.</b> (Чита, Россия) Сравнительный анализ клинико-демографических показателей пациентов, впервые заболевших шизофренией и невротическими расстройствами.....	79

<b>Озорнин А.С., Озорнина Н.В., Говорин Н.В.</b> (Чита, Россия) Содержание полиненасыщенных жирных кислот в эритроцитарных мембранах и сыворотке крови и изменение процессов липопероксидации у больных с манифестацией шизофрении.....	80
<b>Перелыгина М.О.</b> (Чита, Россия) Методы психодиагностики на этапе реабилитации химически зависимых лиц.....	83
<b>Петрова И.В.</b> (Чита, Россия) Медицинское освидетельствование в свете Приказа № 933Н «О порядке проведения медицинского освидетельствования на состояния опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического) .....	84
<b>Прокопьева Е.Ю.</b> (Чита, Россия) Электроэнцефалографические изменения у пациентов при алкогольной эпилепсии.....	86
<b>Романова Е.В.</b> (Москва, Россия) Трудности дифференциальной диагностики типов суицидального поведения в детско-подростковом возрасте.....	87
<b>Рыжих Л.А.</b> (Чита, Россия) Анализ работы отделения интенсивного оказания психиатрической помощи.....	89
<b>Саидхонова Ф.А.</b> (Ташкент, Республика Узбекистан) Коморбидность тревожно-депрессивных расстройств шизоаффективного регистра у женщин .....	93
<b>Сахаров А.В., Говорин Н.В., Герасимова Я.В.</b> (Чита, Россия) Анализ смертности населения Забайкальского края от заболеваний, связанных с употреблением алкоголя	95
<b>Сахаров А.В., Вертопрахова Н.Ю., Ошкало А.Д., Москалев К.Е.</b> (Чита, Россия) Некоторые характеристики родственников больных алкогольной зависимостью.....	98
<b>Сахаров А.В., Голыгина С.Е., Казыкин Р.Н., Герасимова Я.В.</b> (Чита, Россия) Анализ случаев обращаемости за медицинской помощью потребителей современных психоактивных веществ в Чите.....	100
<b>Сахаров А.В., Дегтяренко О.А., Матюшенко А.В.</b> (Чита, Россия) Бремя парасуицидов для соматического многопрофильного стационара Читы.....	102
<b>Сахаров А.В., Мындускин И.В., Калашникова Н.М., Мишкилеева Д.А., Романенко В.А.</b> (Чита, Россия) Клинико-демографические особенности больных алкогольной зависимостью с суицидальными тенденциями.....	103
<b>Снигуряк Т.В.</b> (Чита, Россия) Опыт работы отделений интенсивной и медико-психологической помощи в амбулаторных условиях.....	105
<b>Соболев В.А., Давыдова И.А., Ярославская М.А.</b> (Москва, Россия) Исследование гендерных различий больных шизотипическим расстройством в использовании проактивных стратегий стресс-преодолевающего поведения.....	109
<b>Соболев В.А., Чумаков Д.В., Ярославская М.А.</b> (Москва, Россия) Структура личности больных при коморбидном течении хронической Эпштейн-Барр вирусной инфекции и шизоаффективного расстройства.....	111
<b>Соколова О.В.</b> (Чита, Россия) Профилактика – как способ психологической работы с кризисным состоянием ребенка.....	113
<b>Стрижев В.А., Гандалоева М.Т., Арчакова А.А.</b> (Краснодар, Россия) Клинико-психологические особенности психотических расстройств в послеродовом периоде...	114
<b>Ступина О.П., Честикова З.И.</b> (Чита, Россия) Динамика показателей психического здоровья населения Забайкальского края в период 2013-2015 гг.....	115

<b>Тарасова О.А., Штань М.С.</b> (Чита, Россия) Некоторые психологические характеристики состояния здоровья студенческой молодежи.....	118
<b>Толстов Д.А., Мысникова Э.А.</b> (Чита, Россия) Развитие эмоционального интеллекта у химически зависимых пациентов.....	119
<b>Тулупова О.В., Ерошина О.С.</b> (Тамбов, Россия) Роль семьи в процессе психосоциальной реабилитации психиатрических пациентов.....	121
<b>Тулупова О.В.</b> (Тамбов, Россия) Влияние православной религии на агрессивность....	122
<b>Тышкенова М.С.</b> (Улан-Удэ, Россия) Роль психологической службы в лечении алкогольной зависимости .....	124
<b>Хоменко О.П., Агарков А.А.</b> (Томск, Россия) Комплексный подход к лечебно-реабилитационным мероприятиям у лиц пожилого и старческого возраста, перенесших острый психоз.....	127
<b>Царик Н.Д., Барышева О.В.</b> (Чита, Россия) Медицинская реабилитация пациентов с наркологическими расстройствами в условиях наркологического отделения.....	129
<b>Черенков А.А.</b> (Ижевск, Россия) Некоторые практические аспекты интенсивной терапии больных с зависимостью от синтетических катинонов.....	131
<b>Чорнс В.Г., Ступина О.П.</b> (Чита, Россия) Анализ первых результатов работы кабинета активного диспансерного наблюдения в Забайкальском крае .....	134
<b>Эпов Н.Ю.</b> (Чита, Россия) Опыт работы по внедрению реабилитационной программы «12 шагов» в сообществе «Анонимные алкоголики» в Забайкальском крае.....	135
<b>Iskandarova J.M.</b> (Tashkent, Uzbekistan) Clinical features of internet addictive behavior in adolescents .....	138

## ОЦЕНКА «НЕГАТИВНОГО СДВИГА» В КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ КОГНИТИВНОЙ СФЕРЫ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА

Алфимова М.В., Мельникова Т.С., Плакунова В.В.

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии, Москва*

*Научный центр психического здоровья, Москва*

Многочисленные данные указывают на наличие у больных, страдающих расстройствами аффективного спектра, когнитивного дефицита. Когнитивный дефицит представляет собой прогностический фактор течения болезни и ответа, как на медикаментозное лечение, так и на реабилитационные мероприятия, и влияет на функционирование пациента в повседневной жизни. В связи с этим к разработке методов полной и точной оценки когнитивной сферы больных с биполярным расстройством и большой депрессией привлечено существенное внимание. Хотя полного согласия относительно профиля нарушений, сопровождающих аффективные расстройства, пока не достигнуто, считается, что он в целом сходен с таковым у больных шизофренией, но нарушения выражены в меньшей степени (Barch D.M., Sheffield J.M., 2014). При этом у аффективных больных присутствует качественная специфика когнитивных нарушений. В согласии с когнитивными теориями депрессий, постулирующими наличие негативного сдвига в виде повышенного внимания к негативным стимулам, в экспериментальных работах у больных зафиксированы особенности обработки эмоционально-окрашенной информации. Наиболее стабильно они обнаруживаются в мнестических задачах и состоят в лучшем запоминании эмоционально-негативного материала (Gotlib I.H., Joormann J., 2010; Gaddy M.A., Ingram R.E., 2014).

Необходимость оценивать специфику когнитивного дефицита аффективных больных в рутинной практике клинико-психологического обследования привела к появлению шкалы «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с аффективными расстройствами» (Brief Assessment of Cognition in Affective Disorders, ВАС-А, Keefe R.S. et al., 2014). Эта батарея, оценивающая 6 когнитивных доменов, является производным от аналогичной шкалы для краткой оценки когниций при шизофрении. В нее, однако, добавлены два теста с эмоциогенной стимульной информацией: Тест аффективной интерференции и Тест эмоционального торможения. Они представляют собой варианты методик на заучивание эмоционально-окрашенных и нейтральных слов и эмоциональной задачи Струпа, соответственно. В Тесте аффективной интерференции испытуемому трижды зачитывают 20 слов, из которых 10 являются названиями овощей и фруктов, т.е. эмоционально-нейтральными стимулами, а десять других – это слова с эмоционально-позитивным или негативным содержанием. От обследуемого требуется как непосредственное воспроизведение, так и отсроченное узнавание этих слов. В Тесте на эмоциональное торможение испытуемый должен называть цвет чернил, которым напечатаны нейтральные символы, нейтральные и эмоциональные слова, а также читать слова, напечатанные черными чернилами. Оценивается интерферирующее влияние эмоциональных слов на называние цветов. В настоящее время оба варианта шкалы и для шизофрении (Саркися Г.Р. и др., 2010) и для аффективных расстройств (Янушко М.Г. и др., 2015) прошли адаптацию для применения в русскоязычной популяции. Однако чувствительность аффективных тестов, включенных в ВАС-А, к нарушениям обработки эмоционально-окрашенной информации требует дальнейшего изучения. Так, при апробации ВАС-А на выборке биполярных больных (309 пациентов сравнивали с 309 здоровыми) ее авторы показали, что больные отличались по всем когнитивным тестам, включая Тест аффективной интерференции, но эмоциональная задача Струпа в этой работе не использовалась (Keefe R.S. et al., 2014). I.E. Bauer et al. (2015) исследовали с



помощью ВАС-А 98 больных биполярным расстройством и 56 здоровых и не выявили между ними различий ни по одному из аффективных тестов. Больные продемонстрировали нарушения кратковременной неаффективной памяти и вербальной беглости. При этом пациенты лучше воспроизводили аффективные слова, по сравнению с нейтральными, а здоровые наоборот. Но значимость этих внутригрупповых различий авторы исследования не проверяли.

В целом задачу оценки нарушений обработки аффективной информации нельзя считать решенной. Задачи на заучивание списков слов (произвольная память) и задача Струпа вовлекают общие процессы обработки информации, которые требуют усилий и исполнительно-регуляторных функций. У больных аффективными расстройствами эти процессы, как правило, нарушены. Представляется, что новую и полезную информацию в дополнение к той, которую дают задачи, требующие больших усилий и вовлекающие произвольный контроль, подобные включенным в ВАС-А, может дать исследование негативного сдвига при произвольном запоминании. Нами предпринята попытка разработать простой метод оценки негативного сдвига на основе изучения произвольной памяти. Существующие данные позволяют предположить, что при депрессиях процессы произвольной памяти остаются более сохранными, и не связанные с аффективной реактивностью механизмы не будут существенно влиять на продуктивность запоминания. Так, в экспериментальных работах показана относительная сохранность имплицитной памяти, т.е. произвольного воспроизведения произвольно запомненной информации (например, Ellwart T. et al., 2003). Однако ее исследование требует либо специального оборудования (например, задача на лексическое решение с праймингом), либо выполнения испытуемыми двух задач и, следовательно, длительного времени. Первая должна вовлекать работу с эмоционально-негативными стимулами, а вторая давать возможность проявиться этим стимулам при решении нейтральной задачи (наиболее часто для этого используют метод анаграмм и завершение слога до слова).

Нами была разработана задача Аффективные анаграммы. Она заключается в том, что испытуемому предлагается четыре строки по три анаграммы. В двух строках зашифрованы нейтральные слова (например, доска, топор) и в двух эмоционально-отрицательные (например, страх, позор). Испытуемый должен расшифровать слова, записать их и из каждых трех вычеркнуть слово, которое он считает лишним. Через 20 мин, заполненных выполнением других когнитивных проб, испытуемому предлагается вспомнить слова, которые он расшифровал. Время выполнения задачи фиксируется, но не ограничивается. Задача вовлекает как фонетическую, так и семантическую обработку стимулов, что предполагает их глубокое кодирование и исключает влияние флуктуаций внимания на запоминание, а также усилий запомнить, требуемых при заучивании списков слов.

В исследовании приняли участие 36 здоровых добровольцев (средний возраст  $27 \pm 6$  лет, 20 женщин, все лица, получающие или имеющие высшее образование). Испытуемые прошли когнитивное обследование, которое включало следующие тесты: Тест слухоречевой памяти Рея, Шифровка, Семантическая вербальная беглость, Воспроизведение рядов цифр в обратном порядке, Тест следования по маршруту – часть Б, Цветовой тест Струпа и Распознавание мимически выраженных эмоций. Кроме того, испытуемые заполнили опросники для оценки эмоционально-личностной сферы, в том числе Шкалу личностной тревожности Спилбергера и ММРІ. Оценивали влияние на произвольное запоминание демографических факторов и базовых когнитивных способностей. Кроме того, анализировали связь показателей теста Аффективные анаграммы с уровнем личностной тревожности, шкалой Депрессии ММРІ, отражающей пессимистическое видение мира, разностью оценок по шкалам Депрессии и Мании ММРІ, отражающей депрессивные тенденции, а также с самооценкой настроения в момент обследования.

Среднее время выполнения задания составило  $125 \pm 60$  секунд, среднее количество воспроизведенных слов  $8,1 \pm 2,7$  из 12 возможных, среднее количество воспроизведенных эмоционально-отрицательных слов  $3,4 \pm 1,6$  из 6 возможных. Отношение воспроизведенных отрицательных слов ко всем воспроизведенным словам составило в среднем  $0,40 \pm 0,15$ . Таким образом, здоровые испытуемые несколько лучше запоминали слова без негативной окраски. Не было выявлено отличий мужчин от женщин по показателям непосредственной памяти и тревожно-депрессивным тенденциям. Показатели произвольного запоминания не были связаны с количеством времени, потраченного на задачу. Аффективные анаграммы. В то же время общее количество воспроизведенных слов и количество воспроизведенных эмоционально-отрицательных слов в Аффективных анаграммах значимо положительно коррелировало с показателем отсроченного воспроизведения нейтральных слов в тесте Рея ( $p=0.03$  в обоих случаях), что указывает на важность способности к удержанию информации в течение определенного времени для выполнения задач как на произвольную, так и на произвольную память. Выявилась также тенденция ( $p=0.09$ ) к отрицательной корреляции между оценками по шкале Депрессии и продуктивностью произвольного воспроизведения всех слов в задаче Аффективные анаграммы, что подтверждает негативное влияние депрессивного настроения на память. Уровень воспроизведения отрицательно окрашенных слов не коррелировал ни с одним из индикаторов тревожного или депрессивного настроения, включая самооценку. В данном эксперименте шесть человек указали на изображение печали или смущения (что трактовали как отрицательное настроение) как на отражающее то, что он/она испытывает в данный момент, в то время как другие выбрали радость или интерес/удивление. Эти шесть испытуемых не отличались от остальной группы по воспроизведению всех или отрицательных слов.

В целом время, затрачиваемое на выполнение задачи Аффективные анаграммы и средние показатели воспроизведения всех и эмоционально-отрицательных слов, указывают на возможность использования этой методики в практике клинико-психологического обследования. Результаты исследования здоровых добровольцев подтвердили, что в норме лучше запоминаются слова без отрицательной окраски. При этом мы не выявили связи между произвольным запоминанием эмоционально-негативных слов с нормальной вариативностью выраженности депрессивного настроения. Исследование будет продолжено с использованием выборки больных аффективными психозами.

## **ОПЫТ РАБОТЫ БРИГАДЫ СПЕЦИАЛИСТОВ ГУЗ «КРАЕВОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР» В РАЙОНАХ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ**

Бакшеева Г.П.

*Краевой наркологический диспансер, Чита*

Распространенность употребления психоактивных веществ (далее – ПАВ) среди несовершеннолетних и молодежи на протяжении многих лет продолжает оставаться одной из ведущих социально значимых проблем нашего общества, определяющих острую необходимость организации решительного и активного противодействия. В настоящее время уделяется все больше внимания работе по профилактике употребления психоактивных веществ среди населения.

В целях повышения эффективности профилактической работы ГУЗ «Краевой наркологический диспансер» использует в своей работе метод бригадных выездов

специалистов в районы края. Данная форма работы осуществляется в Забайкальском крае с 2002 года. В состав бригады входят такие специалисты, как врач психиатр-нарколог, врач психотерапевт, фельдшер подросткового кабинета. Выезд осуществляется в соответствии с утвержденным планом бригадных выездов Министерства здравоохранения Забайкальского края. Работа бригады проводится по нескольким направлениям: проверка наркологической службы района, оказание квалифицированной наркологической и психотерапевтической помощи населению, проведение комплекса профилактических мероприятий среди несовершеннолетних, педагогов, родителей. В рамках межведомственного взаимодействия осуществляется координация работы со всеми заинтересованными службами района, администрацией района, в том числе с инспекторами по делам несовершеннолетних УМВД, с административными комиссиями по делам несовершеннолетних, органами опеки.

С целью улучшения профилактической работы с несовершеннолетними, состоящими на учёте в ПДН, проводятся совместные встречи инспекторов УМВД и врачей психиатров-наркологов с «трудными подростками» для осмотра и профилактических мероприятий.

Существуют также семьи, где родители своим асоциальным поведением отрицательно влияют на развитие ребёнка. Каждый двухсотый ребенок оказывается не просто лишенным поддержки семьи, а подвергается материальным, физическим и моральным ограничениям и лишениям. Данное негативное явление, свидетельствующее о широкомасштабном нарушении основополагающих прав ребенка на жизнь, здоровье и воспитание в семье, на достойные и благоприятные для всестороннего развития условия жизни, приобретает особую значимость, учитывая, что в 30% случаев правонарушающего поведения несовершеннолетних обнаруживается прямая связь с неблагоприятными условиями формирования личности в семье. Семейное неблагополучие – это самостоятельный социально-психологический феномен, выступающий как фактор девиантного поведения детей. Поэтому организуются совместные выезды врачей психиатров-наркологов с сотрудниками ПДН, органами опеки на дом в асоциальные семьи, где есть несовершеннолетние дети. Врачами психиатрами-наркологами, врачами психотерапевтами проводятся индивидуальные беседы с родителями, при необходимости оказывается наркологическая помощь.

Большая работа проводится в образовательном пространстве. Практически все учащиеся средних общеобразовательных учреждений охватываются гигиеническим обучением: организуются лекции, беседы, видеодемонстрации, проводится анкетирование, профилактические медицинские осмотры. Осуществляются вечерние рейды с инспекторами ПДН, проводятся обучающие семинары для работников образования и социальных служб по вопросам профилактики употребления психоактивных веществ среди несовершеннолетних, организуются родительские собрания.

С 2002 года врачами психиатрами-наркологами ГУЗ КНД в муниципальных районах края осмотрено свыше 70 тысяч учащихся в 850 учебных заведениях. В 2015 году выполнено 4 бригадных выезда: в Нерчинско-Заводский, Могочинский, Ононский, Чернышевский районы. Профилактическими медицинскими осмотрами и гигиеническим обучением охвачено более 1 тысячи учащихся образовательных учреждений. Анонимным анкетированием охвачено около 400 человек.

Итоги работы бригады специалистов в районе заслушиваются на медицинских советах, Круглых столах, экспертных координационных советах по наркологии с принятием необходимых мер по улучшению наркологического здоровья населения районов Забайкальского края. В 2016 году работа бригадных выездов специалистов продолжена.

## ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ КУРАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ В УСЛОВИЯХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Барышева О.В., Гармаев Б.Б.Ш.

*Краевой наркологический диспансер, Чита*

Кардиомиопатии – заболевание миокарда неизвестной этиологии, приводящее к дисфункции сердца (ВНО, 1995). Алкогольная кардиомиопатия развивается в связи с избыточным приемом алкоголя и приводит к систолической дисфункции, дилатации полостей сердца, (Ивашкин В.Т., Драпкина О.М., Ашихмин Я.И.). Согласно классификации, алкогольная кардиомиопатия относится к вторичным токсическим кардиомиопатиям (КМП). По оценкам разных авторов, в 2-36% дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) имеет алкогольную этиологию, в этом случае ее следует рассматривать в рамках алкогольной кардиомиопатии.

Алкогольная кардиомиопатия занимает особое место среди поражений сердца, так как характеризуется высокой смертностью, и прежде всего – среди лиц молодого и среднего возраста. Четырехлетняя летальность при алкогольной кардиомиопатии достигает 40% . По данным Гордеевой М.В. и соавт., смерть от АКМП (алкогольной кардиомиопатии) составляет 19,6% всех случаев внезапной ненасильственной смерти молодых людей.

Хотя смертность от алкогольной кардиомиопатии коррелировала с наличием острой алкогольной интоксикации, она была тесно связана с признаками злоупотребления алкоголем и у тех лиц, смерть которых не была обусловлена непосредственно алкогольным отравлением. В подавляющем большинстве случаев (около 85%) алкогольная кардиомиопатия развивается у мужчин, что объясняется большей распространенностью хронического алкоголизма среди мужского населения.

**Механизмы развития алкогольной кардиомиопатии** многообразны, однако в основе всех патогенетических факторов лежит влияние на миокард алкоголя и его токсичного метаболита ацетальдегида. Основные патогенетические факторы следующие.

1. Электролитные нарушения, обусловленные подавлением активности алкоголем и ацетальдегидом  $\text{Na}^+$   $\text{K}^+$  -АТФазы.

2. Под влиянием алкоголя и ацетальдегида угнетается р-окисление свободных жирных кислот и резко активизируется процесс их перекисного окисления с образованием перекисей и свободных радикалов. Продукты перекисного окисления жирных кислот оказывают резко выраженное повреждающее действие на мембраны кардиомиоцитов и способствуют развитию дисфункции миокарда.

3. Большую роль в развитии дисфункции миокарда играет нарушение синтеза белка и гликогена в кардиомиоцитах под влиянием ацетальдегида. При алкоголизме сердце поражается по типу диспротеинемического миокарда.

4. Алкоголь и его метаболит ацетальдегид вызывают гиперкатехоламинемия вследствие усиления синтеза и высвобождения из надпочечников большого количества катехоламинов. Миокард оказывается в условиях своеобразного катехоламинового стресса. Высокий уровень катехоламинов значительно повышает потребность миокарда в кислороде, стимулирует метаболизм свободных жирных кислот по пути свободнорадикального (перекисного) окисления, оказывает кардиотоксическое действие, способствует нарушению сердечного ритма и перегрузке миокарда ионами кальция.

5. Нарушения микроциркуляции в миокарде наблюдаются уже на ранних стадиях алкогольной кардиопатии. Они характеризуются поражением эндотелия мелких сосудов, повышением проницаемости их стенок, появлением тромбоцитарных микроагрегатов в

микроциркуляторном русле. Расстройства микроциркуляции обуславливают гипоксию, способствуя развитию диффузного кардиосклероза и гипертрофии миокарда.

6. Большую роль в развитии алкогольной кардиомиопатии играет артериальная гипертензия, возникающая при злоупотреблении алкоголем. Доказано существование прямой связи между количеством ежедневно употребляемого алкоголя и уровнем артериального давления.

При этом периодическая алкоголизация, по типу «запоев» не менее опасна в отношении развития алкогольной кардиомиопатии, чем ежедневное употребление спиртного, особенно с учетом того, что она сопряжена с потреблением более высоких доз алкоголя.

**Развитие сердечной недостаточности.** Принципиально важным процессом является ремоделирование сердца. Это понятие включает в себя: нарушение структуры сократительного аппарата кардиомиоцитов, их функциональную асимметрию, изменение межклеточных взаимодействий, интерстициальный фиброз, деспирализацию хода мышечных пучков и изменение формы полостей сердца. Все это приводит к сердечной недостаточности (СН), дилатации полостей предсердий, а впоследствии – к лёгочной гипертензии. Последняя, однако, редко достигает высокой степени при АКМП.

**Эффективная диагностика и подходы к лечению.** В настоящее время в России диагноз «АКМП» может быть установлен кардиологом без психиатрической консультации больного, поэтому четкие критерии данного состояния особенно востребованы. Диагностика АКМП сложна и должна включать в себя непосредственное обследование больного, сбор алкогольного анамнеза, лабораторные и инструментальные методы исследования. Следует учитывать, что клиническая картина АКМП сходна с ДКМП. Типичный больной АКМП – мужчина 30-55 лет, жалующийся на боли в сердце, одышку, с признаками избыточного потребления алкоголя (телеангиоэктазиями, контрактурой Дюпюитрена, др.), обыкновенно без сопутствующей патологии печени. Разнообразные нарушения ритма (экстрасистолии, фибрилляции предсердий), порой связанные с алкогольными эксцессами; свидетельствующие о дилатации предсердий *p-mitrale* и *p-pulmonale*; высокий коэффициент Диритиса; атеросклеротическое поражение брахиоцефальных артерий; недостаточность митрального и аортального клапанов – являются важными фрагментами, обрамляющими узор сердечной недостаточности.

**Дифференциальная диагностика.** Характер болевого синдрома обычно позволяет отдифференцировать АКМП от ИБС. Боль при АКМП обычно появляется на следующий день после алкогольного эксцесса, а чаще после нескольких дней злоупотребления алкоголем. При этом она локализуется в области соска, верхушки сердца, иногда захватывая всю предсердечную область. Обычно боль проявляется постепенно, исподволь, бывает ноющей, тянущей, колющей. Для неё нехарактерны приступообразность, связь с физической нагрузкой и купирование приемом нитратов. На Эхо-КГ при АКМП, в отличие от ИБС, наблюдается дилатация полостей сердца со снижением сократимости миокарда, не имеющим очагового характера. Для исключения миокардита хорошим подспорьем могут оказаться Даллаские критерии. Бери-бери-кардиомиопатия, связанная с дефицитом В1 и порой развивающаяся содружественно с АКМП.

**Стратегия лечения алкогольной кардиомиопатии.** Терапия АКМП может быть признана адекватной только если она проводится по трем следующим направлениям:

1. Предотвращение эпизодов приёма алкоголя;
2. Профилактика и лечение СН;
3. Коррекция метаболических нарушений, вызвавших АКМП.

Основой лечения АКМП на любой стадии является полное прекращение потребления алкоголя. При продолжении его приема с большой долей вероятности можно предположить срыв всей линии терапии.

Стандартное лечение СН при АКМП само по себе мало отличается от лечения СН другой этиологии и подробно рассмотрено в соответствующих руководствах. В данной работе считаем важным обратить внимание на перспективы метаболической терапии АКМП и сопутствующей «энергетической» СН. Метаболическая терапия является патогенетически обоснованным методом лечения АКМП как заболевания, развившегося именно вследствие патологических метаболических сдвигов в биохимическом континууме кардиомиоцитов. Наиболее многообещающими в этом отношении представляется использование таких лекарственных средств, как милдронат, триметазидин, левокарнитин, фосфокреатин и др. Восстановление потенциально обратимо нарушенного метаболизма возможно при таком назначении препаратов, чтобы каждый предыдущий создавал субстраты для действия последующего медикамента. В такой схеме триметазидин работает на первом рубеже. Он переключает метаболизм миокарда с использования жирных кислот на аэробный распад глюкозы (как более эффективный путь), ингибируя митохондриальную кетоацил-СоА-тиолазу. Таким образом, цикл Кребса «стимулируется» вступающим в него дополнительным пируватом. Перспектива использования триметазидина в лечении АКМП делает реально достижимой главную цель метаболической терапии – ускорение всей цепочки реакций от окисления глюкозы и жирных кислот до фосфорилирования актина. Такой подход может быть эффективным как в повышении фракции выброса, так и в обращении вспять дистрофических изменений.

Нами всего проанализировано 25 историй болезни, которые были разделены на группы – Ia (20 больных алкогольной кардиомиопатией без ИБС), Ib – группа больных (больные с алкогольной кардиомиопатией и ИБС).

Группа Ib включала 4 мужчин и 1 женщину, возраста больных от 54 до 65 лет. У 4 больных наблюдалась фибрилляция предсердий. Необходимо отметить, что при продолжении употребления алкоголя (повторные госпитализации) закономерно нарастание тяжести состояния больных – нарастание одышки, появление отеков вплоть до анасарки, что потребовало экстренной госпитализации в кардиологический стационар.

Объем терапии включал назначение ингибиторов АПФ, бета-блокаторов (в основном селективных – беталок ЗОК до 100 мг/сутки), кордарон по схеме, кардиометаболиты, мочегонные. На фоне алкогольной абстиненции наблюдалась стабилизация состояния больных.

В группе Ia проанализированы 20 историй болезни, из них 17 мужчин, 3 женщины, возраст больных от 38 лет до 62 лет. У 6 мужчин отмечено нарушение ритма в виде желудочковой экстрасистолии, в одном случае появление полиморфных желудочковых экстрасистол потребовало экстренного перевода в дежурный кардиологический стационар. У другого больного 43 лет отмечен пароксизм фибрилляции предсердий на фоне которого зафиксировано появление пробежек желудочковой групповой экстрасистолии (до 4), что также потребовало экстренной госпитализации в кардиологический стационар. Необходимо отметить, что все больные получали неселективные бета-блокаторы в суточной дозе до 120 мг, триметазидин 70 мг/сутки, милдронат до 10,0 в/в капельно в сутки. На фоне абстинентного синдрома и проводимой терапии купирование желудочковой экстрасистолии (мономорфной) происходило в течение 48-72 часов.

Болевой синдром отмечен в 15 случаях, характер болей ноющий, давящий, интенсивность болей редко носит выраженный характер. Купирование болей происходило при назначении валидола, менее эффективно назначение нитратов, включая нитроминт.

Отмечена эффективность в/в введения милдроната, триметазидина селективного бета-блокатора (метопролола в суточной дозе до 100 мг в форме беталока – ЗОК).

На фоне артериальной гипертензии 8 больным назначались ингибиторы АПФ – лизиноприл (диротон) в дозе до 10 мг/сутки; в 2 случаях леркамен в суточной дозе 10 мг в сочетании с мочегонными (спиронолактон до 200 мг/сутки).

В заключении необходимо отметить, что главным условием лечения больных с алкогольной кардиомиопатией является прекращение приема алкоголя. Объем проводимой терапии должен отвечать утвержденным стандартам, целесообразно назначение кардиометаболитов.

Контроль ЭКГ (включая мониторинговое наблюдение), обязательное проведение рентгенографии органов грудной клетки позволяет выявить нарушение ритма, нарастание симптомов сердечной недостаточности на ранних этапах и решение вопроса перевода таких больных в специализированные стационары в ранние часы развития осложнений.

Таким образом, вопросы диагностики и выбора тактики курации пациентов с алкогольной кардиомиопатией в условиях наркологического отделения являются важными и актуальными, и требуют дальнейшего изучения.

## КСЕНОН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ И НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В ПЕРИОД АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА

Барышева О.В., Краузе Л.А.

*Краевой наркологический диспансер, Чита*

Мы знаем, что нередко используемые для лечения абстинентного синдрома лекарственные средства, вызывают неблагоприятные побочные эффекты, утяжеляющие состояние пациентов. Поэтому постоянно идёт поиск новых вариантов терапии, которые, будучи лишены негативных эффектов, ускоряли бы выход пациентов из состояния абстиненции, приводили бы к более качественным и продолжительным ремиссиям. В комплексную терапию лечения абстинентных состояний в последнее время вошел ксенон.

Инертный газ **ксенон**, как известно, обладает обезболивающим эффектом: его действие на организм сопоставимо с ингаляционным наркозом. В последнее время были выявлены уникальные свойства ксенона, благодаря которым газ можно применять для лечения тяжелых заболеваний. В настоящее время ингаляции ксеноном – популярная современная методика.

Физико-химические свойства ксенона позволяют говорить о влиянии этого газа на бензодиазепиновые, серотониновые и гистаминовые рецепторы, что определяет широту фармакокинетического воздействия ксенона. Известно, что нарушение NMDA-рецепторной системы, использующей в качестве посредников глутамат и аспартат, лежит в основе развития синдрома зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) и многочисленных проявлений абстинентного синдрома, в том числе и при алкоголизме. Повторное употребление алкоголя приводит к гиперактивности NMDA-рецепторов, и как следствие происходят рост толерантности и формирование синдрома зависимости. Ксенон, блокируя NMDA-рецепторы, предотвращает разрушение клеток. Клинически это проявляется в преодолении синдромов абстиненции: прекращении тяги к алкоголю или наркотику, улучшении сна и настроения, а также восстановлении интеллектуальных возможностей. Нейропротекторные возможности ксенона нашли широкое применение в наркологической практике и это один из перспективных способов терапии различных видов зависимости.

В настоящее время отработаны стандартные схемы подготовки к ингаляции ксенон-кислородной смесью. Прием пищи прекращается не менее чем за 2 часа, а прием жидкостей – не менее чем за 1 час до сеанса. Для приготовления кислородно-ксеноновой смеси используется наркозный аппарат, который имеет устройство для смешивания газов

в заданных пропорциях и изменения скорости протока газов – ротаметр или электронный расходомер. Ксенон-кислородная смесь, формируемая в наркозно-дыхательном аппарате, предварительно смешивается и соотношение ксенон-кислород в смеси может быть 30:70, 40:60, 50:50, 60:40, 70:30. Процедура проводится в тихом помещении с приглушенным освещением. Положение пациента – лежа или полулежа на кушетке или кровати.

В отделении № 1 ГУЗ «Краевой наркологический диспансер» города Читы за период с января 2015 года по апрель 2016 года на аппарате «КсеноМед» была проведена 71 процедура ксеноно-терапии пациентам с явлениями абстиненции (алкогольной и наркотической). Процедуры сочетались с медикаментозной терапией, включающей в себя: дезинтоксикацию (солевые растворы, физиологический раствор и др.), дегидратацию (сульфат магния до 10,0 мг/сутки), транквилизаторы (сибазон в суточной дозе до 60 мг/сутки), витаминотерапию (группы В1, В6), иногда применялись сосудистые препараты, гепатопротекторы, антиоксиданты, нейрометаболиты.

Общий курс процедур составил от 1 до 12 на человека, средняя концентрация ксенона во вдыхаемой смеси составила 34,7%, среднее время процедуры составило – 27,8 минут

Уже на **первой стадии** – стадии парестезий после нескольких глубоких вдохов кислородно-ксеноновой смеси, средняя концентрация ксенона составила от 15-20%, у пациентов возникало чувство расслабления, чувство легкого головокружения, сознание при этом не изменялось. Кожные покровы оставались сухими, теплыми, дыхание и АД, пульс без изменений.

В дальнейшем, при продолжении ингаляции кислородно-ксеноновой смеси наступала **вторая стадия** – стадия релаксации и эйфории, при концентрации ксенона свыше 22-25% у пациентов возникало чувство релаксации и эйфории: повышалось настроение, возникало чувство насыщения, удовлетворенности. Сознание оставалось ясным, наблюдалась гиперемия кожных покровов, возникало чувство потливости.

При концентрации ксенона до 30-35% у пациентов при сохранном сознании наступала **третья стадия** – стадия вегетативных изменений: помимо усиления выше перечисленных проявлений добавлялась выраженная вегетативная симптоматика (обильное потоотделение, гиперемия кожных покровов). У некоторых пациентов наблюдалась повышение двигательной активности, которая проявлялась в движениях рук, поглаживанием живота, груди. При дальнейшем расспросе они характеризовали свои действия следующим: чувство возбуждения, «бабочки в животе», чувство прилива – «теплая волна накатила, хотелось танцевать, объять мир руками».

При концентрации ксенона свыше 35% (но не более 42% в единичных случаях) в **четвертой стадии**, помимо выраженной вегетативной симптоматики, у пациентов наблюдалось урчащая частота и увеличение глубины вдоха, на лице наблюдалась широкая улыбка, а у некоторых пациентов наблюдался кратковременный сон.

После проведенного курса комплексной терапии с использованием ингаляций ксенона у всех пациентов отмечалась редукция соматовегетативных расстройств и положительная динамика в выраженности психопатологических симптомов. Наиболее отчетливо реагировали на это лечение диссомнические расстройства: трудности засыпания, пробуждения среди ночи, ранние пробуждения. У всех пациентов уже после первого сеанса ингаляции ксенона отмечалось улучшение засыпания и продолжительности ночного сна.

Обрывая абстинентную симптоматику у пациентов с хроническим алкоголизмом на ранних этапах, ксенон способствовал быстрейшему восстановлению идеаторных расстройств (память, внимание, подвижность мышления и др.), наблюдалась быстрая редукции патологического влечения к алкоголю, астенических и эмоциональных нарушений в постабстинентном состоянии. Пациенты отмечали значительное улучшение



общего самочувствия, а в сочетании с вышеуказанной медикаментозной терапией требовалось значительное уменьшение и лекарственных психотропных препаратов.

Терапия ксеноном синдрома отмены и постабстинентных состояний у пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью приводит к изменению динамики течения этих состояний, остро обрывая абстинентную симптоматику и положительно влияя на редукцию постабстинентных проявлений, сокращает сроки лечения вдвое, не вызывая осложнений.

Следовательно, ксенон без каких-либо побочных осложнений способен положительно влиять на зависимого человека, заставляя его организм использовать свои внутренние резервы для быстрого восстановления. При лечении наркомании и алкоголизма кислородно-ксеноновый метод – это эффективная адаптогенная терапия, мощное иммуномодулирующее и нейротропное действие. Ксенон, будучи инертным газом, обладает высокой наркотической силой, повышает резистентность организма, обладает выраженным антистрессорным действием, проявляющимся в снижении уровня патологических адаптационных реакций. На фоне ксенонового лечебного наркоза достоверно улучшаются психофизиологические параметры эмоционально-волевой сферы пациентов.

Таким образом, известные фармакокинетические свойства ксенона, знания о патогенезе алкогольного и наркотического абстинентного синдрома, а также накопленный нами опыт успешного практического применения позволяет эффективно использовать этот препарат при интенсивной терапии абстинентного синдрома.

## **КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЦ, НАХОДИВШИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ**

Бодагова Е.А., Иванова О.В, Дугаржапова З.Г.

*Читинская государственная медицинская академия, Чита*

В настоящее время проблема преступности стоит наиболее остро, особенно лицами, имеющими те или иные психические расстройства. При анализе официальных статистических отчетов по России за 2006-2010 г. абсолютное число лиц, находящихся на конец года на стационарном принудительном лечении, остается почти неизменным и колеблется около 17,5 тысяч, а на 100 тысяч населения составляет 12,3-12,4. Общее число психически больных, находящихся на принудительном лечении в психиатрических стационарах, держится на довольно высоком уровне.

**Целью настоящего исследования** стало изучение распространенности и клинико-психопатологических особенностей лиц, находившихся на принудительном стационарном лечении в Забайкальском крае.

**Материалы и методы исследования.** Материалами исследования стали 172 архивные истории болезни лиц, прошедших принудительное лечение за 2010-2015 гг. (архив ГКУЗ ККПБ им. В.Х. Кандинского, Чита). Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась при помощи стандартной программы Microsoft Excel.

**Результаты и обсуждение.** В результате проведенного анализа было выявлено, что подавляющее число лиц, направленных на принудительное лечение составляют лица мужского пола – 90,7% (n=156), женщины составили 9,3% (n=16). У 35% (n=60), т.е. у трети больных, наследственность была отягощена алкоголизмом родителей и близких родственников, у 26% (n=45) – отягощена психическим заболеванием одного из

родителей, а также близких родственников, высок был также процент не выявленной наследственности – 23,2% (n=40).

Подавляющее большинство лиц – 68% (n=116) воспитывалось в полной семье, 16,3% (n=28) – только одним из родителей, 1,7% (n=3) – опекунами и родственниками, 7% (n=12) – не имели никого. При этом почти половина обследуемых 48,3% (n=83) воспитывались в социально неблагополучных семьях, остальные – 31,3% (n=52) – в благополучных семьях, 7% (n=12) – воспитывались в детдомах и интернатах. Большинство обследуемых воспитывались в условиях гипоопеки и безнадзорности – 48,8% (n=84), у 35,5% (n=61) воспитание было гармоничное. 59% (n=103) не посещали детский сад, 4,7% (n=8) посещали нерегулярно, регулярно посещали – 33% (n=57), нет данных по 2,3% (n=4) пациентов.

Лица, находившиеся на принудительном лечении, имели образование: 28,5% (n=49) – средне-специальное, 27,3% (n=47) – менее 9 классов, 19,7% (n=34) – начальное, 17,4% (n=30) – среднее, высшее образование имели всего лишь 2,9% (n=5) лиц. Половина из них имели низкую успеваемость – 53,5% (n=92), среднюю – 37,2% (n=64), высокую – 4,7% (n=8). Отношение к учебе у 65% (n=112) было безразличное, заинтересованное – у 29% (n=50). Поведение в школе у 59,3% (n=102) пациентов было без особенностей, 26,7% (n=46) совершали антидисциплинарные поступки, 5,8% (n=10) – антиобщественные поступки (состояли на учете), 2,3% (n=4) – имели конфликтные ситуации с учителями. Подавляющее большинство обследуемых не имели интересов и склонностей к чему-либо – 79% (n=136), 11,6% (n=20) занимались спортом, у 4% (n=7) лиц отмечался чрезмерный интерес к музыке, рисованию и т.д.

В отношении со сверстниками обследуемые проявляли себя в основном, как пассивные, малообщительные – 33% (n=57), 30,8% (n=53) были склонны к агрессии и конфликтам, 27,3% (n=47) – были общительные и легко устанавливали контакты. Почти у половины обследуемых по анамнестическим данным наблюдались преимущественно такие нарушения поведения как: систематическая алкоголизация – 46% (n=79), у 29,7% (n=51) были вспышки гнева и жестокости, бродяжничество и праздный образ жизни – у 28% (n=48), неуправляемость, драчливость – у 20% (n=34), суицидальные попытки (самопорезы) – у 11,6% (n=20).

Учитывая наркологический анамнез лиц, находившихся на принудительном лечении, было выявлено, что 87,2% (n=150) употребляли алкоголь, 29,7% (n=51) употребляли наркотики и токсические вещества, из них преимущественно потребляли каннабиноиды – 73% (n=37), остальные 12,5% (n=14) – вдыхали пары бензина, употребляли героин или психостимуляторы.

Лица, подлежащие принудительному стационарному лечению, совершали общественно опасные деяния и обвинялись по следующим статьям Уголовного кодекса РФ: 27,5% обвинялись по ст.158 УК РФ – кража чужого имущества, 19% – по ст.111-118 УК РФ – умышленное причинение вреда здоровью различной степени тяжести. По ст.105 УК РФ – убийство, обвинялись 13% обследуемых. По ст.228 УК РФ – незаконное приобретение, изготовление и хранение наркотических средств обвинялись 10,7%. По ст.119 УК РФ – угроза убийством, обвинялись – 9,5%. По ст.131, 132, 134,135 УК РФ – изнасилование, насильственные действия сексуального характера, демонстрация половых органов, половой контакт с несовершеннолетним лицом – 6,2% лиц, находившихся на принудительном лечении. 4,5% обвинялись по ст.161,162 УК РФ – грабеж, разбойное нападение с целью хищения чужого имущества. Незначительное количество подэкспертных обвинялись по ст. 308,318 УК РФ – угроза, насилие в отношении представителя власти, ст.122, 222 УК РФ – незаконное хранение оружия и патронов, ст.157 УК РФ – неуплата алиментов. Половина преступлений было совершено в состоянии аффекта на фоне опьянения – 44,8% (n=76).

40,7% (n=70) лиц, совершивших ООД и находившихся на принудительном стационарном лечении – больные шизофренией, 30,8% (n=53) – лица с умственной отсталостью, 21,5% (n=53) – с органическим поражением головного мозга, 4% (n=7) – с расстройством личности, 2,3% (n=4) – больные алкоголизмом, 0,6% (n=1) – имели расстройство поведения.

**Выводы.** Таким образом, в результате проведенного исследования выявлено, что подавляющее большинство лиц, находившихся на стационарном принудительном лечении, имели наследственную отягощенность алкоголизмом (35%), проживали в социально неблагополучных семьях (48,3%), воспитывались в условиях гипоопеки (48,8%).

Также установлено, что основными статьями УК РФ, по которым обвинялись лица, находившиеся на принудительном лечении, были: кражи (ст.158), нанесение вреда здоровью (ст.111-118), убийство (ст.105), незаконное приобретение, изготовление, хранение наркотических средств (ст.228) и преступления сексуального характера (ст. 131-135). При этом правонарушения совершались в половине случаев в состоянии алкогольного опьянения, что и без этого отягощало имеющиеся психические расстройства, так как 40% из них, это больные шизофренией, 31% – лица с умственной отсталостью, 21,5% – с органическим поражением головного мозга.

## **ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

Бочкарева Т.К., Аксенова Н.А.

*Краевой наркологический диспансер, Чита*

Работа химико-токсикологической лаборатории (ХТЛ) регламентируется нормативно-правовыми документами Российской Федерации, документами и рекомендациями российских профессиональных медицинских и общественных некоммерческих организаций. Основными документами являются:

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 18 декабря 2015 года № 933н «О порядке проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)» (Приказ № 933).

2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 января 2006 года № 40 «Об организации проведения химико-токсикологических исследований при аналитической диагностике наличия в организме человека алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ» (Приказ № 40).

3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 декабря 2015 года № 1034н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и Порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ» (Приказ № 1034н).

Согласно этим документам, для ХТИ производится отбор мочи, но при наличии у освидетельствуемого острых заболеваний, состояний, представляющих угрозу его жизни, или, если в течение 30 минут после направления на ХТИ освидетельствуемый заявляет о невозможности сдачи мочи, производится отбор крови. При выборе биологического объекта для проведения ХТИ предпочтение отдается моче, т.к. этот субстрат является более простым для анализа наркотических веществ, вследствие низкого содержания

белковых компонентов и низкой концентрации фоновых эндогенных веществ, соэстрактивных с целевыми компонентами по сравнению с кровью.

Для исключения фальсификации, замены и ошибок при отборе биологического объекта необходимо соблюдать следующие условия:

1. Наблюдение медицинского персонала за сбором биологического объекта (мочи);
2. Измерение температуры мочи с помощью бесконтактного термометра (в норме температура должна быть в пределах 32,5-39 °С);
3. Измерение рН мочи с помощью универсальной индикаторной бумаги (в норме уровень рН должен быть в пределах 4-8);
4. Измерение относительной плотности мочи (в норме в пределах 1.008-1.025);
5. Измерение уровня креатинина мочи с помощью иммунохимических тест-полосок (в норме содержание креатинина должно быть в пределах 4,4-17,7 ммоль/сут);
6. В случае отбора крови перед проколом кожа обрабатывается стерильным тампоном, смоченным дезраствором, не содержащим спирт (этиловый, пропиловый и пр.).

После отбора проба делится на две аликвоты: для проведения ХТИ и для контроля, который хранится в течение трех месяцев с момента проведения ХТИ (по старым нормативам – в течение двух месяцев) при температуре не менее минус 22 °С в запираемых холодильных шкафах. Отобранные биологические объекты герметично упаковываются и опечатываются. Сопроводительная документация оформляется в соответствии с Приказом № 40, при этом справка о доставке заполняется в двух экземплярах, а направление на ХТИ в одном. В направлении на ХТИ обязательно указываются принимаемые лекарственные препараты.

Лицам, указанным в подпункте 1 пункта 5 Приказа № 933, проводится исследование выдыхаемого воздуха на алкометре и обязательно ХТИ вне зависимости от результатов исследования на алкометре. Лицам, указанным в подпунктах 2-10 Приказа № 933, проводится исследование выдыхаемого воздуха на алкометре и ХТИ только при наличии не менее 3-х признаков опьянения и отрицательном результате первого или повторного исследования на алкометре.

Химико-токсикологические исследования проводятся в два этапа для мочи (предварительный и подтверждающий), для крови – в один этап (подтверждающий).

Условия проведения предварительных исследований:

1. Проводится на месте отбора образца мочи или в лаборатории медицинской организации не позднее двух часов с момента отбора;
2. Биологические объекты исследуются иммунохимическими методами с применением технических средств, обеспечивающих регистрацию и количественную оценку результатов исследования путем сравнения полученного результата с калибровочной кривой;
3. Исследование проводится в обязательном порядке на следующие вещества: опиаты, растительные каннабиноиды, синтетические каннабиноиды, амфетамин, метамфетамин, синтетические катиноны (пировалерон и пр.), кокаин, метадон, бензодиазепины, барбитураты.

При получении предварительного результата ниже предела обнаружения используемого метода (порогового значения), выносится заключение об отсутствии в исследуемой пробе вызывающих опьянение веществ (средств). В этом случае второй этап ХТИ не проводится, но контрольные образцы сохраняются до окончания срока хранения (3 месяца), так как допускается повторное проведение исследований. При получении предварительного результата выше порогового значения проводится второй этап ХТИ подтверждающими методами. Срок доставки образца в организацию, проводящую подтверждающие исследования, не должен превышать десяти рабочих дней с момента отбора.

Условия проведения подтверждающих исследований:

1. Проводится в химико-токсикологической лаборатории наркологического диспансера или иных медицинской организаций в сроки, не превышающие три рабочих дня с момента поступления пробы в лабораторию;

2. Исследование проводят специалисты, прошедшие подготовку в соответствии с Приказом № 40;

3. Биологические объекты исследуются методом газовой и (или) жидкостной хроматографии с масс-спектрометрическим детектированием с помощью технических средств, обеспечивающих регистрацию и обработку результатов исследования путем сравнения полученного результата с данными электронных библиотек масс-спектров;

4. В обязательном порядке исследуются вещества, перечисленные в предварительных методах, а также этанол и его суррогаты и иные вещества, которые могут повлечь неблагоприятные последствия при деятельности, связанной с повышенным источником опасности;

5. В случае обнаружения в пробе веществ, вызывающих нарушение физических и психических функций (за исключением алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ): аналогов наркотических средств и психотропных веществ, новых потенциально опасных психоактивных или одурманивающих веществ (новые синтетические наркотики), химических веществ, лекарственных препаратов, проводится определение концентрации указанных веществ.

При получении подтверждающего результата выше порогового значения, выносится заключение об обнаружении в биологическом объекте вызывающих опьянение средств (веществ) с указанием выявленного средства (вещества). При получении в ходе подтверждающих исследований результата ниже порогового значения, выносится заключение об отсутствии в исследуемой пробе вызывающих опьянение веществ (средств) вне зависимости от результатов предварительного исследования.

## **СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ**

Бунина М.В.

*Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского, Чита*

Численность детского населения (от 0 до 14-ти лет) по Забайкальскому краю на 01.01.2013 года составила 221 896 человек, на 01.01.2014 года 224 471 человек; на 01.01.2015 года – 228 189 человек.

Детская психиатрическая служба Забайкальского края в 2015 году была представлена стационарной и амбулаторно-поликлинической помощью. Специализированная стационарная психиатрическая помощь детям оказывается: в детском психиатрическом отделении ГКУЗ «Краевая психиатрическая больница № 1» (35 коек круглосуточного пребывания) – для детей от 8-ми до 15 лет; в отделении реабилитации детей ГКУЗ «Краевая психиатрическая больница № 1» (40 коек круглосуточного пребывания и 30 коек дневного пребывания) – для детей от 3-х до 10 лет. Внебольничная психиатрическая помощь детскому населению осуществляется детскими психиатрами в структуре диспансерного отделения ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского», районными врачами психиатрами, сотрудниками кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Читинской

государственной медицинской академии по решению сложных клинико-диагностических случаев психических расстройств у детей.

Общая болезненность детского населения Забайкальского края в 2013 году составила 2978,9 на 100 000 детского населения, в 2014 году – 3072,6; в 2015 году – 2783,2 на 100 000 детского населения, что ниже соответствующих показателей за 2014 год – 3072,6 и незначительно выше такового по РФ (2767,4 на 100 000 за 2011 год). Болезненность непсихотическими расстройствами в 2013 году составила 2361,9; в 2014 году – 2483,6; в 2015 году – 2173,6; что ниже по сравнению с 2014 годом – (2483,6 на 100 000). При этом показатель по краю значительно выше общероссийского (1955,7 на 100 000, 2011 год). Болезненность умственной отсталостью снизилась – от 589,5 в 2013 году до 530,7 в 2015 году. Показатель по краю в 2015 году значительно ниже общероссийского (721,3 на 100 000 за 2011 год). Болезненность психотическими расстройствами за анализируемый период выросла и составила в 2014 году 53,9, из них детская шизофрения – 4,5; РАС – 32,5, а данный показатель в 2015 году составил 78,9 на 100 000. При этом показатель болезненности детской шизофренией в течение трех последних лет остается относительно стабильным, однако вырос показатель РАС – от 7,1 в 2013 году до 53,0 в 2015 году. Общая болезненность психотическими расстройствами и болезненность шизофренией в Забайкальском крае ниже таковых по РФ (90,5 за 2011 год). Соотношение детей, состоящих на диспансерном и консультативном учете у психиатра, в Забайкальском крае в 2013 году составило 1/8,2; в 2014 году – 1/8,7 в 2015 – 1/7,8; т.е. значительно преобладают дети, состоящие на консультативном наблюдении. Диспансерный учет чаще оформляется детям с психотическими расстройствами (в частности, детской шизофренией, расстройствами аутистического спектра), реже – с умственной отсталостью и непсихотической патологией. При этом в РФ количество детей, состоящих на диспансерном учете кратно выше и соотношение «Д» и «К» групп по данным на 2011 год составляет 1/2,1.

Общий показатель заболеваемости психическими расстройствами детского населения Забайкальского края в 2013 году составил 557,5; в 2014 году – 529,7 на 100 000 населения; в 2015 году – 422,9 на 100 000 детского населения, что ниже по сравнению с 2013 и с 2014 гг., а также ниже среднего по РФ – 574,4 (данные за 2012 год). Заболеваемость непсихотическими расстройствами в 2014 году составила 447,3; в 2013 году – 482,2; в 2015 году составила 337,9 на 100 000, что так же ниже показателя РФ (2011) – 483,1. Показатель заболеваемости умственной отсталостью в 2014 году составил 68,2; в 2013 году – 70,8; а в 2015 году – 73,2. Таким образом, заболеваемость умственной отсталостью незначительно увеличилась (общероссийский показатель – 96,1 на 100 000 в 2011 году.) Показатель заболеваемости психотическими расстройствами в 2014 году составил 14,3; в 2013 году – 4,5 на 100 000, в 2015 году – 1,8 на 100 000. Показатель же РФ в 2011 году составил 12,5. Таким образом, заболеваемость психотическими расстройствами выше показателей 2013-2014 гг., но незначительно ниже общероссийского за счет большего количества выявленных расстройств аутистического спектра и их своевременной постановкой на учет.

Таким образом, за период с 2013 по 2015 гг. в Забайкальском крае отмечается уменьшение доли расстройств непсихотического регистра и увеличение расстройств психотического регистра (заболеваемости), вследствие чего, структура заболеваемости и болезненности в целом приближается к таковой по РФ. Выявленные тенденции, безусловно, являются благоприятными и, в первую очередь, свидетельствуют о ранней диагностике органических непсихотических расстройств, РАС и своевременной их коррекции. Однако, достаточно низкими остаются показатели заболеваемости и болезненности детской шизофренией, что свидетельствует о недостаточной ее диагностике врачами-психиатрами.

За последние три года отмечено увеличение общего показателя инвалидности детского (0-17 лет) населения Забайкальского края по психическим заболеваниям – от 369,8 на 100 000 в 2013 году до 421,2 на 100 000 в 2015 году (СФО 2013 год – 531,5; РФ 2011 год – 455,7) Первичный выход на инвалидность в 2015 году (60,8 на 100 000) кратно выше, по сравнению с 2013 годом (49,6 на 100 000), СФО 2013 год – 54,8; РФ 2012 год – 33,1. Ведущей причиной инвалидности по психическим расстройствам в детском возрасте, как и в прошлые годы, остается умственная отсталость. Последние три года произошел рост показателей как общей (на конец соответствующего года), так и первичной инвалидности. Указанные данные в целом согласуются с динамикой показателей болезненности и заболеваемости детского населения края умственной отсталостью за период с 2013 по 2015 гг.

Учитывая, что население в Забайкальском крае на 50% меньше, чем в НСО, количество врачебных посещений меньше в 8,5 раз, на дому – в 5,4 и по поводу заболеваний – в 15 раз. Обеспеченность врачами-психиатрами, обслуживающими детское население в Забайкальском крае, на 75% выше, чем в Новосибирской области (0,7 и 0,4 соответственно). В крае работают 2 психотерапевта, 2 медицинских психолога и 8 логопедов. Обеспеченность детскими психиатрическими койками в крае на 21% выше, чем в РФ, на 6% выше, чем в СФО, на 81% выше, чем в Новосибирской области (2,9 против 1,6). Основные показатели работы круглосуточного стационара в Забайкальском крае хорошие: оборот койки 8,0; функция койки 326,8; средняя длительность пребывания – 41 день. Показатели работы дневного стационара: оборот койки 6,8, длительность пребывания 26,3 дня, функция койки низкая – 180 дней. По нозологической структуре: 39,2% составили задержки психического развития, 26% органическое непсихотическое расстройство, доля детей с различной степенью умственной отсталости – 17,4%, детский аутизм – 8,4%. Пациенты, нуждающиеся в коррекции различных форм расстройств поведения, составили 13,4%, дети с СДВГ 16%, с патологией речи – 26%. В 2015 году 52 воспитанника детских домов получили курс лечения и реабилитации, из центров социальной помощи – 10 детей.

**Анализ состояния психического здоровья детского населения региона.** Показатель общей заболеваемости несовершеннолетних психическими расстройствами в возрастной группе от 0 до 14 лет составил 3126,5, что соответствует среднероссийскому показателю, но меньше чем в НСО (Новосибирская область) на 20%, в целом по СФО на 19%. За последние три года данный показатель остается на одном уровне.

Болезненность умственной отсталостью в группе 0-17 лет остается высокой (798,0) и на 116% превышает по НСО (368,9), на 10% среднероссийский показатель (721,3); РАС – 29,0, депрессивные расстройства – 0,4 (1 человек), расстройства поведения – 1798,2. Показатель первичной заболеваемости в возрасте 0-17 лет (543,5) равен среднероссийскому и на 35,6% ниже, чем в СФО, на 45,4% ниже, чем в НСО. В группе подростков он равен 626,0 на 100 000 соответствующего населения.

За последние три года показатель первичной заболеваемости снизился на 14%, что свидетельствует о низкой выявляемости детей с психическими расстройствами и малой эффективностью профилактических осмотров. Показатель первичной заболеваемости умственной отсталостью в 2014 году составил 85,9, что на 12,7% ниже показателя 2012 года (98,6), однако на 98% превышает показатель по НСО (43,2), РАС – 7,6, депрессивные расстройства – 0. В крае высокий показатель первичной инвалидности – 7,1, который превышает общероссийский на 44,5%, СФО на 12,6%, НСО на 82%. В структуре детской инвалидности значительно преобладает умственная отсталость. За последние три года зарегистрирован ее рост на 61%, что свидетельствует о поздней выявляемости детей с психическими расстройствами и неэффективности лечения.

**Анализ распространенности суицидов в детской популяции (0-17 лет).** В 2014 году несовершеннолетними края совершено 25 суицидов (9,5 на 100 000), по данным

РОССТАТ 8 случаев (3,0). Данный показатель превышает среднероссийский в 5 раз, по СФО – в 2 раза, по НСО – в 4 раза.

Количество врачебных посещений в 8,5 раз меньше, чем в НСО, хотя население меньше всего на 47,8%. Исходя из вышеизложенного, можно сделать следующие выводы: врачебных посещений по поводу заболевания меньше в 15 раз, обеспеченность врачами психиатрами выше, чем целом по СФО и НСО, обеспеченность детскими психиатрическими койками в крае значительно выше, чем в РФ, СФО, НСО; показатели первичной и общей заболеваемости низкие и имеют тенденции к снижению, показатели болезненности и заболеваемости умственной отсталостью превышают аналогичные в РФ. В крае высокий показатель первичного выхода детей на инвалидность в связи с психическими расстройствами. Высокий показатель суицидов.

**Проблемы и перспективы совершенствования оказания психиатрической помощи детям.** На фоне неудовлетворенных базовых потребностей детей – прежде всего, в безопасности, питании, доме и т.д., формируется ряд психических расстройств. Среди них – эмоциональные, поведенческие, познавательные и другие. Эти нарушения являются факторами жестокого обращения с несовершеннолетними, актуализируют суицидальное поведение. В то же время, вопросы адаптации детей, как с нормой интеллекта, так и с умственной отсталостью должны решаться формированием индивидуально ориентированной системы социального развития, мерами психолого-педагогической коррекции по месту проживания ребенка. Нарушения поведения корректируются или провоцируются факторами ближайшего окружения (социально-психологическими, педагогическими, бытовыми и т.д.).

По-прежнему отсутствует эффективная система психолого-педагогической и медико-социальной реабилитации в отношении психического здоровья детей, не налажена преемственность медицинского сопровождения детей с нарушениями психического здоровья на всех этапах их развития и жизнеустройства. Нарушены принципы психолого-педагогического сопровождения: регулярность предоставления помощи, приоритетность и дифференцированность мероприятий. Не сформирована система антикризисной помощи детям, в том числе отсутствует свободный доступ детей к Телефонам Доверия. Нет системы раннего выявления социального неблагополучия семей и детей, подвергшихся жестокому обращению и насилию, поэтому у детей, при определении в учреждения общественного воспитания, отмечаются уже сложившиеся патологические поведенческие стереотипы, асоциальное поведение. Правовая неграмотность специалистов, руководителей учреждений и организаций, органов системы профилактики безнадзорности и правонарушений среди несовершеннолетних не позволяет осуществлять раннее выявление случаев жестокого обращения в отношении несовершеннолетних и оказывать им комплексную помощь.

**Предложения:**

1. Провести реструктуризацию детской психиатрической службы, предусмотрев развитие амбулаторной сети с целью увеличения доступности, повышения качества и эффективности на основе внедрения в лечебно-диагностический, реабилитационный процесс доказательных технологий, исключив дублирование функций на всех этапах.

2. Оптимизировать работу круглосуточного стационара в соответствии с логистикой края и иными факторами, предусмотрев возможное сокращение коек, совместное пребывание «мать-дитя», дифференциацию по полу, возрасту, основным нозологиям.



## КРИТЕРИИ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ С БОЛЬНЫМИ, СОВЕРШИВШИМИ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ, В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Гажа А.К., Тулупова О.В.

*Тамбовская психиатрическая клиническая больница, Тамбов*

С 2008 года усилиями администрации ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница» было открыто отделение принудительного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа, где стала активно разрабатываться лечебно-реабилитационная программа для данного профиля. В 2010 году программа была рассмотрена на реабилитационном совете, утверждена главным врачом и внедрена в работу отделения. В основу программы взята формула общественно опасных действий. Особенностью программы послужило использование бригадного метода работы, индивидуальность, этапность, преемственность. Базовой основой стала разработка индивидуальной лечебно-реабилитационной коррекции больных, совершивших общественно опасные действия: ФОО с учетом заболевания, определение психологического и социального статуса каждого пациента.

За период с 2008 по 2012 год нами было обследовано 192 человека мужского пола, которые находились на принудительном лечении в отделении специализированного типа Тамбовской психиатрической клинической больницы. Средний возраст изучаемой выборки составил  $30,6 \pm 15,4$  года. По нозологии: 110 человек с диагнозом шизофрения (F20.0), 36 с диагнозом умственная отсталость (F70.08), последствие органического поражения ЦНС 23 (F60.8), алкогольная зависимость 4 (F10), деменция (F02), другое 9. Данное количество обследуемых в полной мере соответствует понятию «степень общественной опасности» по критериям тяжести и кратности совершаемых общественно опасных действий.

Результаты исследования показали, что на возрастание степени общественной опасности влияли сложные аспекты заболевания, в том числе взаимодействие неблагоприятных психологических и социальных факторов. Из клинических переменных ведущая роль принадлежала психопатологическому синдрому, который определял механизм ООД, в том числе лечение в условиях диспансера (амбулаторное лечение, наличие критики к своему психическому состоянию). Среди психологических факторов имели место межличностный конфликт в семье и ближайшем окружении – 85%, агрессивные тенденции – 70%, внутриличностный конфликт – 56% от общего числа людей за период 2008-2012 гг. Среди социальных факторов наибольшее значение имели негативное влияние ближайшего окружения (адаптация на криминальном уровне) – 94%, асоциальные установки – 95%, дефицитная симптоматика – 75,5%, отсутствие стабильного источника дохода – 100%, а также совершение правонарушения в преморбидном периоде.

С целью повышения социальной адаптации во время принудительного лечения все пациенты наряду с комплексной психофармакотерапией, были задействованы в психосоциальных реабилитационных мероприятиях, таких как лечебно-реабилитационная коррекция (индивидуальная и групповая), трудотерапия и досуговая деятельность. Это позволило добиться значительного улучшения состояния больных, достижения стойких ремиссий с уменьшением выраженности дефицитной симптоматики – 44%, агрессивных тенденций – 5,5%, внутриличностных конфликтов – 33%, а также минимизации негативного влияния среды (уменьшение асоциальных установок – 10,9%, уменьшение адаптации на криминальном уровне 64%).

Таким образом, особая степень общественной опасности больных формируется в результате взаимодействия клиничко-социальных факторов. Исходя из этого,

принудительное лечение данного контингента лиц целесообразно осуществлять с использованием бригадного комплекса методов: психофармокотерапии и психосоциальной реабилитации. Разработанные индивидуальные программы реабилитации (ИПР) для каждого пациента позволяют осуществлять улучшения психического состояния и редукации степени общественной опасности. Кроме того, осуществлять вторичную профилактику ООД на условиях АПНЛ при прохождении пациентами той же ИПР, что в конечном итоге будет определять необходимые сроки принудительного лечения для каждого пациента.

**Вывод.** Пациенты, задействованные в лечебно-реабилитационной программе в период пребывания на принудительном лечении, более дисциплинированно поддерживают внутрибольничный режим. У них более стойко сформирована мотивация на прием поддерживающего лечения и ведения здорового образа жизни. В целом изменился сам микроклимат внутри отделения: больные стали более сплоченными, общительными, научились правильно распределять свое рабочее и свободное время. Появилась критика у пациентов к своему психическому состоянию, упорядочилась способность прогнозировать и контролировать поведение. Всё это в совокупности помогает успешно приспособиться в современном обществе после выписки из стационара.

## **СОЦИАЛЬНЫЙ ФАКТОР ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ОТДЕЛЕНИИ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ**

Гажа А.К., Тулупова О.В.

*Тамбовская психиатрическая клиническая больница, Тамбов*

Принудительное лечение (ПЛ), является мерой медицинского характера, и имеет своей целью устранение опасности больного для себя и окружающих путем проведения необходимых лечебных и реабилитационных мероприятий.

**Актуальность.** В последние годы психосоциальная реабилитация (ПСР) стала приоритетной в практике ПЛ. Основой проведения ПСР является формула общественной опасности (ФОО): ведущий синдром на момент совершения общественно-опасного деяния (ООД), механизм и способствующие факторы совершения ООД. Исследование проведено на базе отделения принудительного лечения психиатрического стационара специализированного типа Тамбовской психиатрической клинической больницы в 2015 году.

**Цель исследования:** повышение качества лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий при проведении принудительного лечения.

**Материал и методы исследования.** Было проведено изучение сплошной выборки пациентов, поступивших в данный стационар в период с 2010 по 2015 гг. и находящихся на ПЛ до настоящего времени. Всего обследовано 54 человека, из которых 28 (52%) пациентов совершили ООД по негативно-личностному механизму (1 группа) и 26 (48%) по продуктивно-психотическому механизму (2 группа). Все обследованные – мужчины. Критериями включения в исследование было наличие психического расстройства, лишившего больного способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий.

**Результаты исследования.** Причинами совершения ООД для 1 группы обследуемых в 100% случаев явилась их социальная неустроенность (алкоголизация, трудовая и семейная неустроенность, окружение), а для 2 группы – отсутствие лечения, либо нарушение лекарственного режима, и, как следствие, обострение заболевания.

Программа ПСР для пациентов, находящихся на ПЛ, рассчитана на длительный срок и проводится в учреждении закрытого типа. Это позволяет исключить влияние неблагоприятных факторов социума на реабилитируемую личность, и, одновременно, положительно повлиять на их социальную неустроенность.

При поступлении в стационар, 90% пациентов 1-й группы страдали «умственной отсталостью», «деменцией» и «органическим поражением ЦНС», и в 100% они имели низкий реабилитационный потенциал (РП). Со всеми пациентами 1-й группы ПСР проводилась по трем направлениям (лечебное, психологическое, социальное), с акцентом на социальный фактор (причину совершения ООД): восстановление их социального статуса, работа с родственниками (преодоление стигмы и эмоциональная поддержка пациента и его семьи), тренинги социальных навыков, участие в трудовой терапии и профилактика алкоголизма (врач-психиатр, социальный работник, медицинская сестра, инструктор по трудовой терапии, родственники, врач-нарколог), при минимальном психотропном лечении. На фоне проведения ПСР, с акцентом на социальный фактор, у всех пациентов данной группы после прохождения всех этапов реабилитации, их РП возрос до среднего, и сформировался стойкий социально-приемлемый стереотип поведения.

**Вывод.** Индивидуальный подход (с учетом ФОО), бригадный метод работы (врач-психиатр, психолог, социальный работник, медицинская сестра, инструктор по трудовой терапии, родственники, врач-нарколог), этапность, длительность и преемственность (между внутрибольничной и внебольничной службами) являются гарантом формирования стойкого социально-приемлемого стереотипа поведения у пациентов со стойким снижением их социальной опасности для себя и для окружающих, что является профилактикой совершения ими ООД.

## **ТРУДОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК ОДНО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ РАБОТЫ С ПАЦИЕНТАМИ, НАХОДЯЩИМИСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ**

Гажа А. К., Тулупова О.В.

*Тамбовская психиатрическая клиническая больница, Тамбов*

Трудовая терапия – это организация целенаправленной деятельности больного, которая строится в условиях производственных отношений, свойственных обществу, и в которой решение лечебных задач достигается в процессе создания общественно полезного продукта.

**Актуальность:** сроки принудительного лечения (ПЛ) достаточно длительные и за это время происходит значительная утрата тех трудовых навыков, которые пациенты имели до поступления в стационар. Исследование было проведено в 2015 году в рамках реализации проекта «Трудовая реабилитация пациентов, совершивших общественно-опасные деяния как профилактика совершения повторных правонарушений», на базе психиатрического стационара для принудительного лечения специализированного типа Тамбовской психиатрической клинической больницы.

**Цель:** выявление уровня трудового потенциала пациентов в динамике за 6 месяцев.

**Материалы и методы исследования.** В исследовании приняли участие 39 пациентов. При проведении исследования первоначально все пациенты были разделены на две группы: первую группу составляли лица со средним реабилитационным потенциалом (РП), вторую – с низким РП. Средний возраст пациентов первой группы составил 35 лет, это лица, имеющие трудовой стаж (90,9% случаев) в сфере

квалифицированного труда до поступления в стационар. Возраст пациентов второй группы составил 47 лет, 88,2% из них имели ранее трудовой стаж в сфере неквалифицированного труда. Исследование проводилось в два этапа: оценивался начальный уровень трудового потенциала, а через 6 месяцев анализировались результаты эффективности трудотерапевтической программы.

**Результаты.** В ходе проведения второго этапа исследования образовалась третья группа пациентов с высоким показателем уровня РП. За весь период применения трудовой терапии были достигнуты только позитивные изменения по большинству основных параметров.

**Вывод.** Применение четких программ трудовой терапии с дифференцированным подходом к пациентам способствует изменению мотивов деятельности пациентов (с низших, эгоистически-утилитарных на высшие, альтруистические), росту его трудового потенциала, восстановлению его социальных связей и профилактике совершения ими ООД. Данный факт говорит о необходимости возрождения трудовой терапии, как одного из ведущих и эффективных направлений психосоциальной реабилитации.

## **ПРАВИЛА ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАБИНЕТА ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

Глушенков А.А.

*Краевой наркологический диспансер, Чита*

Медицинская профилактика – часть широкого комплекса межведомственных мер, направленных на укрепление здоровья населения и профилактику заболеваний.

Доказана тесная связь показателей здоровья с употреблением алкоголя и наркотических веществ. За последние годы наблюдается однонаправленная динамика потребления психоактивных веществ и смертности.

Во всем комплексе мер противодействия с употреблением психоактивных веществ на первое место выходят профилактические мероприятия. Общеизвестно, что любое наркологическое заболевание легче предупредить, чем заниматься долгим и сложным лечением, реабилитацией и возвращением в социум.

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 декабря 2015 года № 1034н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и Порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ» утверждены Правила организации деятельности кабинета профилактики наркологических расстройств.

Кабинет профилактики наркологических расстройств создается для предупреждения возникновения, распространения и раннего выявления наркологических расстройств, а также для снижения риска их развития. Оснащение кабинета осуществляется в соответствии со стандартом, предусмотренным Порядком оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология».

Профилактика наркологических расстройств обеспечивается путем:

- разработки и реализации программ профилактики наркологических расстройств;
- осуществления мероприятий по предупреждению и раннему выявлению наркологических расстройств, диспансерному наблюдению за лицами с наркологическими расстройствами.

Кабинет является структурным подразделением медицинской организации и осуществляет следующие основные функции:

- проведение мероприятий по профилактике наркологических расстройств на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях;
- проведение санитарно-гигиенического просвещения по вопросам профилактики наркологических расстройств;
- информирование населения о методах диагностики, лечения и медицинской реабилитации лиц с наркологическими расстройствами, а также о медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «психиатрия-наркология»;
- проведение диагностики клинического состояния лиц, имеющих риск развития наркологических расстройств, а также лиц с наркологическими расстройствами;
- проведение семейного консультирования по вопросам профилактики наркологических расстройств;
- проведение мотивационного консультирования лиц с риском развития наркологических расстройств, а также лиц с наркологическими расстройствами, включая несовершеннолетних, в целях формирования у них приверженности к ведению здорового образа жизни, отказа от потребления ПАВ без назначения врача, побуждения к лечению и медицинской реабилитации;
- оказание медико-психологической помощи членам семей лиц с наркологическими расстройствами;
- участие в проведении диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, предварительных и периодических медицинских осмотров, медицинского освидетельствования;
- проведение профилактических мероприятий с лицами, совершившими административные правонарушения в области законодательства Российской Федерации о наркотических средствах, психотропных веществах и их прекурсорах;
- взаимодействие со специалистами отделений (кабинетов) медицинской профилактики медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, центрам здоровья и другим организациям, осуществляющими деятельность в области профилактики наркологических расстройств и другие.

**ПАНТОГАМ В АМБУЛАТОРНОЙ ТЕРАПИИ ОРГАНИЧЕСКИХ  
НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ  
ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА**

Головина А.Г, Шмакова О.П.

*Научный центр психического здоровья, Москва*

Проблема построения терапевтических стратегий ведения пациентов детско-подросткового возраста с резидуально-органическими расстройствами и оценка роли в схемах терапии отдельных лекарственных средств актуальна в связи с высокой распространенностью обсуждаемых заболеваний.

Необходимость коррекции психопатологических образований, этиологически связанных с поражением головного мозга, делает особенно значимыми препараты, воздействующие непосредственно на обмен нейромедиаторов ЦНС, включая средства, влияющие на метаболизм гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК). К таким

лекарственным формам относится Пантогам, представляющий собой кальциевую соль D (+)-пантоил гамма-аминомасляной кислоты.

Его фармакологическое действие определяется химической структурой и тем, что он является естественным метаболитом ГАМК в нервной ткани (в отличие от других производных данной кислоты, таких, как никотиноил-ГАМК (Пикамилон), гидрохлорид-гамма-амино-бета-фенилмасляной кислоты (Фенибут). Пантогам непосредственно влияет на рецепторно-канальный комплекс ГАМК, кроме того, стимулирует образование ацетилхолина. Благодаря присутствию в молекуле препарата пантоильного радикала, он легко проникает через гематоэнцефалический барьер и оказывает выраженное воздействие на функциональную активность ЦНС.

Регулируя внутриклеточные окислительно-восстановительные процессы цикла трикарбоновых кислот (в основном, путем стимуляции анаболических реакций), он улучшает усвоение глюкозы и кислорода нейронами мозга, повышая устойчивость мозговых структур к гипоксии и воздействию токсических веществ. Являясь метаболическим церебропротектором двойного действия (крайне мягко стимулирующего и в аналогичной степени активирующего), обладая нейропротективными и нейротрофическими свойствами, препарат обеспечивает патогенетическое воздействие в отношении дисбаланса функционирования нейронов ЦНС; восстанавливая их нарушенные связи, в том числе, интегративные. Это особенно значимо при ведении детей и подростков, архитектоника головного мозга которых еще не завершена, находится на этапе становления.

Изучение эффективности применения препарата Пантогам проведено на материале 52 пациентов (42 больных мужского пола, 10 – женского) в возрасте 7-17 лет, лечившихся у психиатра амбулаторно в связи с органическими непсихотическими психическими расстройствами. 27 из них составляли дети (21 мальчик, 6 девочек) 7-15 лет, 25 – подростки 15-17 лет (21 юноша, 4 девушки). Распределение пациентов по рубрикам МКБ-10 выглядело следующим образом: органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (F06.6) – 9 больных (м.-7; ж.-2); легкое когнитивное расстройство (F06.7) – 7 (м.-6, ж.-1); органическое расстройство сложной структуры (F06.8) – 26 (м.-21, ж.-5); органическое расстройство личности и поведения (F07) – 10 (м.-8, ж.- 2).

Состояние больных до и после лечения оценивалось как клинически, так и с применением Шкалы общего клинического впечатления (CGI). Курация была курсовой, длительностью 45 дней. Доза препарата рассчитывалась по возрасту и составляла в среднем 750 мг в сутки с кратностью приёма 3 раза в день. При этом детям Пантогам назначался по схеме «трапеции», когда начальная доза сначала постепенно титровалась до терапевтической, затем на протяжении основного периода лечения была стабильной, после чего к окончанию терапии снижалась.

Клиническая картина состояния больных до начала лечения характеризовалось наличием многочисленных психопатологических расстройств разной степени выраженности, включая психовегетативные образования. В структуре различных категорий по МКБ-10 преобладающими оказывались разные группы нарушений.

Ими являлись астенические проявления, с эмоциональной несдержанностью, капризностью, метео- и вестибулопатиями, повышенной утомляемостью, сонливостью (с заметным усилением симптоматики днем и вечером), нарушениями сна, раздражительностью, головными болями напряжения, снижением школьной успеваемости, частыми пропусками занятий, связанными с плохим самочувствием.

Когнитивные нарушения у пациентов не ограничивались снижением обучаемости, обусловленной мнестической недостаточностью, в частности трудностями фиксации информации, ее консолидации, воспроизведения и хранения, а касались также восприятия ее сути, внимания (особенно, произвольного), умственной работоспособности. При этом

регистрировавшийся в 5 случаях (9,6%) интеллектуальный дефицит не достигал степени умственной отсталости.

В группе больных, наблюдавшихся по поводу органических непсихотических образований сложной структуры (F06.8), отмечались неврозоподобные состояния как в виде мононеврозов (тики, энурез, заикание), так и в виде сложных полиморфных невротических (обсессивных, фобических) образований в сочетании с аффективной неустойчивостью, поведенческими расстройствами (проявлявшихся у детей, преимущественно, в виде гипердинамического синдрома, в подростковом возрасте – в форме психопатоподобных нарушений), астеническими феноменами. У пациентов с органическим расстройством личности и поведения (F07), помимо составляющих психоорганического синдрома (чаще его астенического варианта), в клинической картине доминировали конвенциональные трудности, сочетающиеся с нарушениями мышления по органическому типу, склонностью к вязкости, застреванию, упрощенностью свойств характера, интересов и представлений, выраженным недержанием аффекта, либо, напротив, однообразием эмоциональных проявлений и реакций.

Средняя оценка больных по шкале CGI до лечения составляла:  $5 \pm 0,6$  баллов. После завершения курса приема Пантогама клиническое улучшение отмечалось у 38 пациентов, что составило 73% от всех получавших лечение, при этом положительная динамика отмечалась уже к концу 1-й недели терапии.

Результаты по шкале CGI выглядели следующим образом: очень значительное улучшение обнаружено у 11 больных (21,2%), значительное улучшение – у 20 (38,5%), минимальное улучшение – у 6 (11,5%), состояние осталось без изменений у 15 (28,8%).

При этом различные психопатологические образования редуцировались неодинаково. Наиболее чувствительными к обсуждаемому виду лечения оказались астенические нарушения: как у детей, так и у подростков повысилась толерантность к повседневным умственным и физическим нагрузкам, появилась большая продуктивность, заинтересованность и усидчивость при освоении учебного материала в условиях класса и в процессе домашних занятий, снизилась частота и интенсивность цефалгий, уменьшилась эмоциональная лабильность, слезливость, реже возникали аффективные вспышки, диссомнии.

Кроме того, отмечалась заметная положительная динамика при мононеврозах – уредились эпизоды энуреза, тиков, заикания. Менее выраженное улучшение выявлялось в отношении аффективной и психопатоподобной симптоматики. Хотя поведение части пациентов стало более адекватным, уменьшилась выраженность гипердинамического синдрома, но колебания настроения, развернутые конвенциональные нарушения требовали более интенсивного вмешательства, не устранялись в ходе монотерапии Пантогамом, в связи с чем он применялся в качестве одного из компонентов комплексного вмешательства, включающего средства иных фармакологических групп (антидепрессанты, нормотимики, корректоры поведения, актопротекторы, антиоксиданты). В ходе мультиполярного вмешательства отмечалось хорошее терапевтическое взаимодействие со всеми используемыми препаратами.

Лишь в одном случае (1,9%) отмечалось некоторое повышение возбудимости, усиление проявлений гиперактивности. Других нежелательных побочных эффектов и осложнений (в том числе, аллергических) не выявлено. В целом, характеризуя воздействие Пантогама на детей и подростков, страдающих органическими непсихотическими расстройствами, следует отметить высокую эффективность и безопасность его применения, что позволяет широко использовать препарат в амбулаторном звене детско-подростковой психиатрической помощи.

## ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ У БОЛЬНЫХ НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Григорьева Т.В.

*Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского, Чита*

В последние годы во всем мире возникла тенденция усиления неблагополучия в эмоциональной сфере людей. Данная тенденция с большей силой проявляется у каждого следующего поколения, в сравнении с предыдущим. Люди нового поколения более раздражительные и непослушные, более нервные и склонные впасть в тревогу, более импульсивные и агрессивные и чувствуют себя более одинокими и подавленными. Каждый год увеличивается количество людей, страдающих невротическими расстройствами. Невротические расстройства, относятся к самым распространённым формам психической патологии. Те или иные невротические нарушения отмечаются более чем у 10% населения.

Поэтому у психологов, психотерапевтов и психиатров нашего времени стоят задачи о введении новых методов профилактики психических расстройств, о внедрении новых методов психокоррекции людей с разными формами психических расстройств. И в большей степени внимания требуют эмоциональный компонент психики, ведь среди специальных способностей человека к проживанию жизни, эмоциям отводится главное место. В последние десятилетия психологи в большей степени говорят о способности к эмоциональной разумности или об эмоциональном интеллекте, который и должен обеспечивать стабильность и здоровье психики.

В широком смысле эмоциональный интеллект рассматривается, как способность личности к эффективному общению за счет умения понимать и управлять своими и чужими эмоциями; умения воспринимать эмоции окружающих людей и возможности влиять на них, а также умения рефлексировать свои собственные эмоциональные состояния и контролировать их проявления (Люсин Д.В., 2009). Традиционно в круг функций эмоционального интеллекта включаются повышение эффективности коммуникации, оптимизация межличностных отношений, социально-психологическая адаптация.

Для изучения ЭИ у больных невротическими расстройствами было проведено исследование с использованием психологических методик: Н. Холла на эмоциональный интеллект, опросника эмоционального интеллекта «ЭМИн» Люсина Д.В., тест на распознавание лиц Экмана.

Базу исследования составили пациенты ГКУЗ ККПБ им. В. Х. Кандинского страдающие невротическими расстройствами. 30 человек в возрасте от 20 до 50 лет. 22 женщины и 8 мужчин.

По результатам теста Холла Н. показатель Общего ЭИ равен нижней границе среднего уровня. В данном тесте средний уровень развития имеют шкалы: эмоциональной осведомленности и способности к управлению эмоциями других людей. Низкий уровень развития имеют шкалы: Управление своими эмоциями, самомотивация и эмпатия.

По результатам теста «ЭМИн» Люсина Д.В., показатель ОЭИ имеет низкое значение, показатели межличностного ЭИ и способности к пониманию эмоций также с низкими значениями, средние значения выявлены в шкалах внутриличностного ЭИ и способностях к управлению эмоциями.

В тесте Экмана на распознавание выражений лиц, в среднем правильно угадано было 3 эмоции при норме у здорового человека 5. В основном были угаданы эмоции печали и удовольствия. Способности к пониманию эмоций по выражению лица можно считать низкими.



В целом показатели ЭИ у больных невротическими расстройствами несколько ниже, чем показатели ЭИ у здоровых людей. Результаты, полученные в ходе исследований, могут быть использованы для более полного описания больного с невротическими расстройствами. Информация будет полезна для людей занимающихся лечением неврозов, а именно в выборе правильного подхода к больному, в выявлении основных мишеней (особенностей ЭИ или эмоционально - когнитивной сферы), которые требуют коррекции. Также данная информация будет незаменима в психотерапевтических группах и консультировании, а также полезна для работы со здоровыми людьми для профилактики появления невроза.

## **ТЕСТИРОВАНИЕ УЧАЩИХСЯ НА НАРКОТИКИ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ**

Дубинин О.П., Бакшеева Г.П.

*Краевой наркологический диспансер, Чита*

Приоритетными задачами наркологической службы Забайкальского края являются мероприятия по совершенствованию системы профилактики употребления психоактивных веществ, мониторинг наркологической ситуации, а также раннее выявление и лечение лиц, страдающих наркологическими расстройствами.

В настоящее время вступил в силу Федеральный закон РФ от 07.06.2013 года № 120-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам профилактики незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ». В частности, внесены изменения в Федеральный закон от 8 января 1998 года № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах».

В соответствии с законом, Министерством образования и науки Российской Федерации издан приказ от 16.06.2014 года № 658 «Об утверждении Порядка проведения социально-психологического тестирования лиц, обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также в образовательных организациях высшего образования».

Министерством здравоохранения Российской Федерации издан свой приказ от 06.10.2014 года № 581н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров, обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ».

В соответствии с данными Порядками, первоначально специалистами образовательных организаций проводится социально-психологическое тестирование, в рамках которого обучающихся просят анонимно ответить на вопросы специальной анкеты. Тестирование обучающихся, достигших возраста пятнадцати лет, проводится при наличии их информированных согласий в письменной форме об участии в тестировании. Тестирование обучающихся, не достигших возраста пятнадцати лет, проводится при наличии информированного согласия одного из родителей или иного законного представителя.

Результаты социально-психологического тестирования направляются в Министерство здравоохранения для проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся, которые проводятся на основании поименных списков.

На I этапе медицинский осмотр состоит из профилактической информационно-разъяснительной беседы с обучающимся по вопросам незаконного потребления

наркотических средств и психотропных веществ, сбор анамнестических сведений и сведений о принимаемых по назначению врача наркотических и психотропных лекарственных препаратах, а также медицинский осмотр, проводимый врачом психиатром-наркологом и включающий исследование кожных покровов, поверхностных лимфатических узлов, видимых слизистых оболочек.

На II этапе проводятся предварительные химико-токсикологические исследования, направленные на получение доказательных результатов выявления в образцах биологических жидкостей человека наркотических средств и психотропных веществ.

В случае положительных результатов проводится III этап – подтверждающие химико-токсикологические исследования, направленные на идентификацию в образцах биологических жидкостей человека наркотических средств, психотропных и иных токсических веществ (их метаболитов).

На IV этапе осуществляется разъяснение обучающемуся, достигшему возраста пятнадцати лет, либо одному из родителей или иному законному представителю обучающегося, не достигшего возраста пятнадцати лет, результатов проведенного профилактического медицинского осмотра.

В 2016 году, по данным Министерства образования, науки и молодежной политики Забайкальского края, социально-психологическое тестирование обучающихся в крае завершено. Всего тестированию в образовательных организациях края подлежало 36 966 человек. Из них 18 242 (50%) обучающихся прошли тестирование, 18 724 – тестирование не прошли, в том числе по причине болезни – 2 722 (14,5%), отказа – 4888 (26,1%), других причин – 11 114 (59,4%).

Из общего числа полученных результатов 1 211 человек (6,5 %) могут быть отнесены к группе риска по употреблению наркотических средств и психотропных веществ. Список образовательных организаций, где выявлены группы риска, был направлен в марте 2016 года в Министерство здравоохранения Забайкальского края.

В апреле-мае 2016 года специалистами ГУЗ «Краевой наркологический диспансер» были проведены профилактические медицинские осмотры в 5 образовательных организациях города Читы. Осмотры проводились при наличии информированного добровольного согласия, которое оформляли обучающиеся, достигшие 15 лет в письменной форме.

Медицинскому осмотру подлежало 729 обучающихся, из которых 567 (77,7%) – прошли тестирование, 162 (22,3%) – тестирование по разным причинам не прошли (отказ, отсутствие на занятиях).

По результатам медицинского осмотра и проведенных предварительных химико-токсикологических исследований, с помощью иммунохроматографических экспресс-тестов, в образцах биологических жидкостей обучающихся наркотических средств и психотропных веществ выявлено не было.

Полученные результаты косвенно свидетельствуют о низком уровне потребления обучающимися наркотических средств и психотропных веществ в городе Чите. Следует отметить, что полученные данные носят предварительный характер. Проведение профилактических медицинских осмотров, обучающихся в Чите и в районах Забайкальского края, будет продолжено.

Таким образом, указанные выше мероприятия направлены на профилактику и ранее выявление потребителей наркотических средств и психотропных веществ, и в определенной степени могут выступать как сдерживающее средство, помогающее предотвратить начало употребления наркотиков, и как препятствующее его продолжению среди тех, кто уже начал.

## ОБ ИТОГАХ МОДЕРНИЗАЦИИ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Дубинин О.П.

*Краевой наркологический диспансер, Чита*

В Стратегии национальной безопасности Российской Федерации и в стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации на период до 2020 года в качестве одной из главных угроз национальной безопасности в сфере здравоохранения и здоровья нации указано массовое распространение наркомании, повышение доступности психоактивных и психотропных веществ.

В этой связи совершенствование наркологической службы, укрепление ее материально-технического и кадрового обеспечения, повышения эффективности и качества оказания специализированной наркологической помощи является одним из приоритетов здравоохранения.

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 07.05. 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» Правительству Российской Федерации и органам исполнительной власти субъектов было поручено завершить в срок до 01 января 2016 года модернизацию наркологической службы.

Основной целью модернизации являлось повышение эффективности ее функционирования, качества и доступности медицинской помощи по профилю «наркология» для граждан страны на основе формирования единого эффективного организационно-технологического процесса при ее оказании.

На федеральном и региональном уровнях были подготовлены соответствующие нормативно-правовые документы по модернизации службы.

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05 июня 2014 года № 263 была утверждена Концепция модернизации наркологической службы Российской Федерации до 2016 года, предусматривающая комплекс правовых, организационных и экономических мер, направленных на повышение доступности и качества оказания наркологической медицинской помощи населению Российской Федерации.

Распоряжением Министерства здравоохранения Забайкальского края от 16.10.2012 года № 1755 был утвержден План мероприятий по завершению модернизации наркологической службы до 2016 года, которым были предусмотрены мероприятия по оснащению оборудованием ГУЗ «Краевой наркологический диспансер», совершенствованию кадровой политики и дополнительному профессиональному образованию специалистов наркологической службы, мероприятия по внедрению инновационных методов профилактики и лечения наркологических расстройств, межведомственному взаимодействию, а также совершенствованию медико-социальной реабилитации наркологических больных.

Финансирование мероприятий по модернизации наркологической службы Забайкальского края осуществлялось из регионального бюджета, в том числе в рамках краевых целевых программ, а также из федерального бюджета.

Согласно распоряжения Правительства Российской Федерации от 18 сентября 2013 года № 1684-р «Об утверждении распределения субсидий, предоставляемых в 2013 году из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации, связанных с реализацией мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у населения Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» в 2013 году для ГУЗ «Краевой наркологический диспансер» было выделено 13,3 млн. рублей. Расходы на проведение модернизации наркологической службы на 01.01.2016

года за счет всех источников финансирования и целевых программ составили 36 млн. 44 тыс. рублей.

В структуре расходов на обеспечение мероприятий по модернизации наркологической службы более 43% финансовых средств было направлено на приобретение медицинского оборудования для выполнения порядка оказания наркологической помощи. Свыше 32% финансовых средств освоено на капитальный ремонт отделения медико-социальной реабилитации ГУЗ «Краевой наркологический диспансер». 13% финансовых средств было использовано на повышение уровня заработной платы врачей и среднего медицинского персонала. Свыше 7% от всех финансовых средств было направлено на приобретение лекарственных препаратов нового поколения и тест-систем для выявления наркотических веществ. Порядка 5% средств было направлено на обучение кадров и внедрение современных информационных систем в здравоохранении.

Таким образом, все финансовые средства из регионального и федерального бюджета были использованы по целевому назначению.

Совершенствование кадровой политики и дополнительное профессиональное образование специалистов наркологической службы является одной из приоритетных задач в реализации Плана мероприятий по модернизации наркологической службы в Забайкальском крае.

На 01 января 2016 года для оказания наркологической помощи населению в учреждениях здравоохранения Забайкальского края штатным расписанием предусмотрено 75,0 должностей врачей психиатров-наркологов, занято 66. Число психиатров-наркологов (физических лиц) в 2015 году составило 50 человек. Показатель обеспеченности населения психиатрами-наркологами составил 0,46 на 10 тысяч населения (РФ 2014 год – 0,37 и показателя СФО – 0,36).

В 2015 году прошли обучение 33 врача, из них 27 врачей психиатров-наркологов. Обучение врачей психиатров-наркологов осуществляется на кафедре психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГБОУ ВПО ЧГМА и на центральных базах г. Москвы и г. Санкт-Петербурга. Ежегодно выпускники ГБОУ ВПО ЧГМА поступают для обучения в интернатуре и ординатуре с целью укомплектования наркологической службы кадрами врачей психиатров-наркологов.

В целях модернизации наркологической службы в Забайкальском крае организована единая трехуровневая система оказания специализированной помощи наркологическим пациентам.

К первому уровню отнесены центральные районные больницы края, в структуре которых созданы кабинеты врачей психиатров-наркологов. Ко второму уровню отнесены ГУЗ «Краевая больница №4», ГУЗ «Борзинская ЦРБ», ГУЗ «Балейская ЦРБ», ГУЗ «Петровск-Забайкальская ЦРБ», на базе которых имеются отделения для оказания стационарной наркологической помощи. К третьему уровню отнесен ГУЗ «Краевой наркологический диспансер», который является организационно-методическим центром, на базе которого оказываются все виды наркологической помощи, в т.ч. медико-социальная реабилитация.

На 01 января 2016 года на территории Забайкальского края развернуто 149 наркологических коек круглосуточного пребывания.

Лечебно-диагностический процесс в наркологических учреждениях края организован в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи при наркологических расстройствах, утвержденными приказами Минздрава России от 04 сентября 2012 года № 124н и № 135н.

В Забайкальском крае сформирован региональный сегмент национальной системы медицинской и социальной реабилитации, который включает государственные

организации, а также негосударственные некоммерческие организации, осуществляющие реабилитацию и ресоциализацию наркозависимых.

Министерством здравоохранения Забайкальского края определены медицинские организации, уполномоченные осуществлять лечение и медико-социальную реабилитацию лиц, изъявивших желание добровольно пройти курс лечения от наркомании и медико-социальную реабилитацию, и по решению суда получивших отсрочку наказания.

На базе краевого наркологического диспансера создан Координационный Совет по взаимодействию между государственными и негосударственными структурами Забайкальского края, занимающимися профилактикой алкоголизации и наркопотребления, реабилитацией лиц, страдающих зависимостью.

Для оценки эффективности работы наркологической службы приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05 июня 2014 года № 263 установлены единые индикаторы (показатели) модернизации наркологической службы, отражающие единую динамику изменений медицинской эффективности проводимых мероприятий и доступности медицинской помощи.

К ним относятся «Число больных наркологическими расстройствами, включенных в программы медицинской реабилитации в амбулаторных и стационарных условиях, а также успешно завершивших эти программы», а также «Число больных наркоманией и алкоголизмом, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет, и свыше 2 лет, на 100 больных среднегодового контингента».

Результаты мониторинга о ходе реализации задач, определенных Концепцией модернизации наркологической службы, с анализом перечисленных выше целевых индикаторов, а также данные сводной статистической отчетности ежегодно направлялись в Министерство здравоохранения Российской Федерации.

На региональном уровне наркологическая служба по вопросу модернизации ежегодно заслушивалась на заседаниях Антинаркотической комиссии Забайкальского края, на совещаниях с участием Главного федерального инспектора по Забайкальскому краю, на Совете главных врачей и Координационном Совете по наркологии при Министерстве здравоохранения Забайкальского края.

В конце 2015 года результаты модернизации наркологической службы Забайкальского края были представлены Полномочному представителю Президента Российской Федерации в Сибирском федеральном округе, а также в Министерство здравоохранения Российской Федерации. Все установленные единые индикаторы (показатели) модернизации наркологической службы в Забайкальском крае были достигнуты.

Таким образом, финансирование из регионального и федерального бюджетов позволило выполнить комплекс мероприятий по модернизации наркологической службы Забайкальского края, включая повышение доступности и эффективности наркологической помощи населению края.

Дальнейшее развитие наркологической службы в Забайкальском крае будет обеспечиваться за счет улучшения ее технического и технологического оснащения, на основе инновационных подходов и принципов стандартизации, развития кадровой политики, включая профессиональную подготовку и переподготовку специалистов, а также путем совершенствования межведомственного взаимодействия и повышения доступности при оказании качественной медицинской помощи.

## РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ АМБУЛАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ГУЗ «КРАЕВОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

Дугарова А.В.

*Краевой наркологический диспансер, Чита*

Программа амбулаторной реабилитации пациентов наркологического профиля в ГУЗ КНД осуществляется с 2015 года на базе диспансерного отделения. Для реализации программы амбулаторной реабилитации создана полипрофессиональная бригада специалистов, состоящих из врача психиатра-нарколога, медицинского психолога, врача психотерапевта с привлечением специалиста по социальной работе, врача медицинской профилактики. Программа амбулаторной реабилитации базируется на 12 шаговой методике, рассчитанной на 6 месяцев. Основная цель программы – восстановление психофизического состояния, отказ от употребления психоактивных веществ.

Группы пациентов, подлежащих амбулаторной реабилитации:

1. Группа пациентов после стационарной реабилитации в отделении медицинской реабилитации ГУЗ КНД – с целью продолжения реабилитационного процесса (с 1-2 стадиями наркологического заболевания, выразившие желание пройти реабилитацию в условиях поликлиники).

2. Профилактическая группа динамического наблюдения с целью предупреждения развития синдрома зависимости по разным наркологическим нозологиям.

3. Группа пациентов, направленных на принудительное лечение судом, пациенты, осужденные без изоляции от общества, а также осужденные, признанные зависимыми от ПАВ, отбывание наказания которым в виде лишения свободы отсрочено (ст.73 УК).

4. Группа потребителей психоактивных веществ, имеющих наркологическую патологию, направленные судом на обязательное амбулаторное лечение и реабилитацию в рамках реализации 313 ФЗ.

5. Группа пациентов, имеющих наркологическую патологию, направленных комиссиями по делам несовершеннолетних, органами социальной защиты населения, отделами опеки.

Программа амбулаторной реабилитации в ГУЗ КНД представлена двумя видами:

### **1. Программа профилактики зависимости от ПАВ:**

Критерии отбора в программу профилактики зависимости: неоднократное употребление алкоголя, наркотических и токсических веществ с вредными последствиями, молодой возраст, добровольное участие в программе. Реабилитация включает в себя регулярные медицинские осмотры, лекционные занятия врача психиатра-нарколога о последствиях употребления ПАВ, порядке постановки и снятия с учета, наблюдения лиц, находящихся на профилактическом учете, просмотр тематических фильмов, занятия со специалистом по медицинской профилактике. Обязательные занятия с врачом психотерапевтом, медицинским психологом, при необходимости психокоррекция. Помимо штатных специалистов диспансера в программу включены обязательное посещение собраний групп общественных организаций «Анонимные Наркоманы», «Анонимные Алкоголики» и мероприятий, проводимых УФСКН РФ по Забайкальскому краю.

### **2. Собственно реабилитационная программа включает:**

- регулярные осмотры врачом психиатром-наркологом, при необходимости назначение противорецидивной терапии, лекционные занятия врачей психиатров-наркологов о последствиях употребления ПАВ, порядке постановки и снятия с учета, сроках наблюдения лиц, находящихся на диспансерном учете с 1-2 стадиями;

- просмотр тематических фильмов, презентаций со специалистом по медицинской профилактике;

- индивидуальная и групповая работа врача психиатра-нарколога, психотерапевта, психолога;

- обязательная работа с родственниками пациентов, направленная на расширение их знаний о медико-социальных последствиях употребления ПАВ, вопросах созависимых отношений в семьях, обучения навыкам психологической поддержки и контролю состояния, с целью предупреждения рецидива заболевания;

- посещение собраний групп общественных организаций: «Анонимные Алкоголики», «Анонимные Наркоманы»;

- обязательное посещение мероприятий УФСКН РФ по Забайкальскому краю.

При поступлении на амбулаторную реабилитацию пациент заполняет добровольное информированное согласие в письменном виде, составляется индивидуальный реабилитационный план, учитывающий реабилитационный потенциал пациента, предусматривающий этапность, последовательность выполнения реабилитационной программы с возможностью ее корректировки.

Этапы реабилитации:

1. Адаптационный: от 1 до 2х месяцев или до 2х недель, в зависимости от уровня реабилитационного потенциала.

2. Интеграционный: 2-2,5 и 1,5 месяца в зависимости от уровня реабилитационного потенциала. Этот этап представляет вхождение в реабилитацию.

3. Стабилизационный этап – является формированием новых социально правильных установок.

Задачами амбулаторной реабилитации является полный отказ от ПАВ, нивелирование астенических (невротических), аффективных, поведенческих и интеллектуально-мнестических расстройств, обусловленных приемом ПАВ. Восстановление коммуникативных навыков как в микросоциуме, так и макросоциуме. Нарботка и закрепление навыков стрессоустойчивости и умению отказаться от ПАВ, вовремя сказать «нет». Проводится обучение определения предвестников и рецидивов обострения влечения к ПАВ, формирования позитивного сценария жизни, нацеленного на успех, стабилизацию физического и психического состояния пациента, взятие ответственности и контроля за свою жизнь, семью и поступки, формирование жизненной перспективы, лишенной ПАВ.

#### **Противопоказания к амбулаторной реабилитации в диспансерном отделении:**

- Тяжелые проявления абстинентного синдрома;
- Острые психотические расстройства различного генеза с бредом, галлюцинациями, а также с выраженными аффективно-волевыми нарушениями;
- Наркотическая, алкогольная или иная острая интоксикация;
- Сопутствующие эндогенные психические заболевания в стадии обострения или выраженное слабоумие;
- Выраженный суицидальный риск (суицидальные высказывания, тенденции к осуществлению суицидальных мыслей);
- Декомпенсированные стадии расстройства личности;
- Выраженная антисоциальная (криминальная) ориентация, сопровождающаяся отсутствием желания прекращения употребления ПАВ;

В 2015 году прошли амбулаторную реабилитацию в ГУЗ КНД 721 пациент:

1. Синдром зависимости от алкоголя: принято – 278; успешно завершили реабилитацию – 71; отказались от реабилитации – 53; продолжили реабилитацию – 154 пациента.

2. Синдром зависимости от наркотических веществ: принято – 29; успешно завершили реабилитацию – 14; продолжили реабилитацию – 15 пациентов.

3. Синдром зависимости от ненаркотических ПАВ: принято – 2, продолжили реабилитацию – 2 пациента.

4. Употребление с вредными последствиями алкоголя, наркотических и ненаркотических ПАВ: принято – 412; успешно завершили – 148; отказ от реабилитации – 45; продолжили – 219 пациентов.

Пациенты, прошедшие амбулаторную реабилитацию, продолжают наблюдение у врача психиатра-нарколога, при желании проходят индивидуальную работу с психологом, психотерапевтом, продолжают работу в целевых группах.

Таким образом, применение программы амбулаторной реабилитации в диспансерном отделении Краевого наркологического диспансера позволяет в доступной форме эффективно сформировать долгосрочную ремиссию у пациентов, склонных к употреблению ПАВ и страдающих зависимостью от ПАВ.

## ДИСФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ В КОНТЕКСТЕ ХОЛИСТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ЗДОРОВЬЯ ЛИЧНОСТИ

Енина В.В., Енин К.А.

*Наркологическая больница, Нижний Новгород*

С позиции холистического подхода, опирающегося на представления о единстве телесной и психических сфер организма, представляется актуальным рассмотрение дисфункционального состояния (ДС), как почвы для возникновения расстройств психосоматического спектра (Шамрей В.К., 2014). В настоящее время, несмотря на многочисленные междисциплинарные исследования функционального состояния (ФС), до сих пор остаются нерешенные вопросы о возникновении ДС и способов его психопрофилактики для здоровья работающего человека (Манухина С.Ю., 2015).

Известно, что для современных профессий все чаще становится закономерным процесс перехода ФС в ДС, отрицательно влияющего на дальнейший трудовой процесс и здоровье субъекта деятельности. К ДС относятся синдром эмоционального выгорания, синдром хронического переутомления, синдром менеджера и др. (Водопьянова Н.Е., 2009). В отличие от ФС, в которых психическая регуляция состояния необходима для выполнения эффективной профессиональной деятельности, ДС возникают на такой стадии профессиональной деятельности, когда психическая регуляция состояния становится главной целью, делая саму деятельность второстепенной для субъекта (Попов В.М., 1996).

Нами под ДС понимается специфический клинико-психологический феномен, имеющий динамический характер, связанный с нарушением психической регуляции в структуре личностного функционирования, который включает в себя психологические и психопатологические симптомокомплексы невротического уровня, недостигающие уровня болезни. При этом личностный принцип регуляции состояний в различных условиях профессиональной деятельности считается общепризнанным (Маклаков А.Г., 2008), он объясняет формирование состояний отношением человека к самому себе, окружающей действительности и собственной деятельности (Александров А.Ю., 2003).

Большое значение для сохранения психического и соматического благополучия субъектов труда имеют составляющие профессиональной Я-концепции и переживание профессиональной востребованности. Показано, что характер представлений человека о своей профессии и себе как о специалисте, возможностях карьерного и личностного роста, а также позитивные оценки со стороны окружения на работе тесно связаны с низким уровнем проявления ДС (Водопьянова Н.Е., 2009).



В ряде междисциплинарных исследований многими авторами изменения ФС рассматриваются в качестве процесса адаптации (или дезадаптации) организма к условиям профессиональной деятельности, критериями которых является снижение или повышение эффективности труда (Леонова А.Б., 1996).

При этом под эффективностью профессиональной деятельности понимается отношение успешности деятельности к затраченным ресурсам на достижение результатов деятельности. Ресурсы – эмоциональные, мотивационно-волевые, когнитивные и поведенческие конструкты, которые человек мобилизует для адаптации к стрессовым трудовым ситуациям и для обеспечения эффективного функционирования в них (антистрессорные механизмы) (Водопьянова Н.Е., 2009).

Анализ возможных причин возникновения ДС показывает, что они представляют собой некие системные факторы взаимодействия субъекта труда с организационной средой и профессиональными требованиями (Леонова А.Б., 1996).

Представители клинико-динамического подхода рассматривают ДС как процесс, утяжеляющийся во времени, начинающий свое формирование как результат несовпадения ожиданий специалиста «здесь и сейчас» с реальностью при выполнении повседневной профессиональной деятельности, требующих определенных затрат ресурсов личности и постепенно приводящий к внутриличностному конфликту между самоидентификацией и реальным соответствием (Семке В.Я., 1999).

Вероятность развития ДС возрастает при чрезмерной профессиональной вовлеченности и зависимости от организационной среды, и профессиональных требований, а также от статусно-ролевой позиции (Водопьянова Н.Е., 2009). В случае самоидентификации себя только с трудовыми ролями и смыслами, болезненной зависимости от работы и итогов своего труда, человек отчуждается от других ролевых позиций и самореализации, наполняющих жизнь разнообразным смыслом и ценностями, происходит личностная деформация.

При этом, чем более личностно значима профессия для человека, тем большее ожидание на ее возможности удовлетворить потребность в личностной самореализации, карьерные и материальные запросы (Бодров В.А., 2006). И в случае неудач или отсутствия признания в профессиональном пространстве у специалиста рано или поздно возникает утрата профессиональной мотивации, переживания несправедливости, разочарования из-за несоответствия вложенных усилий и полученного вознаграждения, остановка в развитии (Водопьянова Н.Е., 2009). Таким образом, формируется непатологическое ДС, являющиеся мишенью для методов психологического воздействия и психокоррекции (Семичев С.Б., 1987).

Кроме того, в многочисленных исследованиях выявлено, что такие черты личности, как агрессивность, склонность к лидерству, ригидность (сверхконтроль), алекситимия, гиперответственность, личностная тревожность, снижают возможности регуляции ДС (Водопьянова Н.Е., 2009).

Необходимо отметить, что схожие личностные черты являются предикторами для появления психосоматических расстройств (Шамрей В.К., 2014). Таким образом, процесс формирования первого этапа психосоматических нарушений (нарушение социогенеза) начинается с появления психологических симптомокомплексов, отягощающих процессы жизнедеятельности и профессиональной адаптации к специфике «рабочей среды», профессиональным нагрузкам и требованиям (Мясищев В.Н., 1935).

По мере кумуляции негативных последствий рабочих стрессов, в случае дефицитов позитивного (социального, материального, экзистенциального) подкрепления развиваются процессы психологического отчуждения и потери смыслов, что приводит к потере энтузиазма и усугублению экзистенциального кризиса личности (Водопьянова Н.Е., 2009). Психологическая симптоматика запускает процессы активации адаптивных психологических механизмов регуляции ФС (Бодров В.А., 2006). Однако неэффективные

адаптивные психологические механизмы при длительной мобилизации внутренних ресурсов постепенно приводят к снижению функциональных резервов и к развитию патологического ДС.

Согласно результатам многочисленных исследований, нарушения функционирования наблюдаются на разных уровнях регуляции (Леонова А.Б., 1996). Нарушаются сбалансированность структуры мотивации и гармоничных отношений между ее компонентами, когнитивная сфера подвергается перестройке когнитивных подструктур, структура интеллекта становится жестко организованной, происходит потеря возможности гибко реагировать на изменения жизненной ситуации (Водопьянова Н.Е., 2009).

Нарушение синхронности функционирования когнитивных компонентов приводит к деформации базовых убеждений и нарушению ценностно-смысловой регуляции. Дисфункция ценностно-смысловой регуляции, проявляющаяся как в излишнем энтузиазме, вовлеченности, трудоголизме, так и в последующих процессах психологического отчуждения, ощущения хронической усталости, неконструктивном совладающем поведении – предпочтением асоциальных, агрессивных коппинг-стратегий, ресурсосберегающих стратегий типа избегания, эмоционально-ориентированный и пассивный коппинг, нестойких психопатологических симптомокомплексов невротического уровня. Формируется такое «социально-пограничное» явление как профессиональный маргинализм, являющийся поведенческим и концептуальным антагонистом профессиональной идентичности и особая стратегия индивидуально целесообразной, но социально опасной реализации профессионала (Водопьянова Н.Е., 2009).

Как отмечает С.Б. Семичев (1987), патологическое ДС самопроизвольно не редуцируется, а может пойти по одному из путей соматизации, невротизации, поведенческих расстройств, что в свою очередь, определяет потребность во врачебном вмешательстве.

При истощении адаптационных резервов формируется этап психогенеза, при котором хроническая психическая напряженность, явления «застойного» возбуждения ведут к формированию нового устойчивого состояния мозга с перестройкой взаимоотношения коры и подкорковых образований. В клинической картине начинают преобладать стойкие проявления раздражительной слабости, колебания настроения, нарушения сна, нарастающие явления ипохондризации. Под действием эмоционального напряжения в организме формируется стресс-система, запуская этап соматизации психических расстройств (Шамрей В.К., 2014).

Таким образом, представление о дисфункциональном состоянии с позиции холистической модели здоровья личности позволяет проводить раннюю диагностику развития начальных этапов психосоматических расстройств путем подбора диагностических методик, связанных с личностным принципом психической регуляции. При этом выявленные при непатологическом ДС изменения в психологических конструктах антистрессорных механизмах на начальном этапе социогенеза могут быть мишенями психокоррекционного и психологического воздействия. Патологическое ДС может являться показанием для сочетанного применения психотерапии и поддерживающей психофармакотерапии.

## ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕГИСТРАЦИИ ПАРАСУИЦИДОВ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Колчанова Т.Г., Голыгина С.Е., Сахаров А.В.

*Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского, Чита  
Читинская государственная медицинская академия, Чита*

Актуальность регистрации незавершенных суицидальных действий заключается в необходимости развития кризисной помощи данному контингенту лиц с целью профилактики повторных парасуицидов.

В 2012 году в Забайкальском крае было положено начало сбора информации о распространенности суицидальных попыток. Для этого была разработана краткая регистрационная форма, которая подается медицинскими организациями при обращении человека по поводу парасуицида; она утверждена распоряжением Министерства здравоохранения Забайкальского края № 463 от 12 марта 2012 года.

Удалось осуществить анализ накопленных за три последних года регистрационных форм по обращаемости суицидентов в медицинские организации края. Такая информация поступала из ряда районов нашего субъекта, хотя некоторые вопросы вызывало качество заполнения документации и полный учет обратившихся. В целом, было проанализировано 1316 случаев парасуицида.

Установлено, что обращаемость за медицинской помощью по поводу суицидальных попыток была максимальной в городах: Чита – 96,7 на 100 тыс. в 2012 году, 103,7 в 2013 и 81,2 в 2014; Краснокаменск – 119,1 на 100 тыс. в 2012 году, 110,1 в 2013 и 135,5 в 2014. Преимущественно в сельских районах показатели были существенно ниже – Шилкинский район – 56,6 на 100 тыс. в 2012 году, 73,0 в 2013 и 67,5 в 2014; Борзинский район – 69,0 на 100 тыс. в 2012, 57,9 в 2013 и 64,9 в 2014.

Женщин среди обратившихся за помощью в медицинские организации по поводу суицидальных попыток было 65,1 %, мужчин – 34,9 %: соотношение 1,9: 1. Суициденты были в возрасте от 9 до 97 лет, средний возраст составил  $32,6 \pm 0,4$  года. Распределение по возрастным группам выглядит следующим образом: дети – 3,7 %; подростки – 9,0 %; 18-20 лет – 9,2 %; 21-30 лет – 31,2 %; 31-40 лет – 22,6 %; 41-50 лет – 10,9 %; 51-60 лет – 6,4 %; 61-70 лет – 3,0 %; 71 год и старше – 4,0 %.

Получено отчетливое увеличение попыток самоубийств с марта по июль, со снижением в осенне-зимний период. Способы парасуицидов были представлены в 63,2 % случаев самоотравлениями, в 24,6 % самопорезами, в 7,8 % попытками самоповешения, в 1,6 % падениями с высоты, в 0,5 % самострелами, в 0,1 % случаев самосожжениями, в 2,2 % другими способами. У женщин традиционно преобладали попытки самоотравления – 77,9 % (мужчины – 36,1 %;  $p < 0,001$ ), у мужчин значительную часть составили самопорезы – 39,6 % (женщины – 16,6 %;  $p < 0,001$ ) и попытки самоповешения – 14,6 % (женщины – 4,1 %;  $p < 0,001$ ).

В результате, медицинскую помощь в амбулаторных условиях получили 27,1 % суицидентов, стационарную – 72,9 %. Получили консультацию психиатра – 46,1 % обратившихся; психотерапевта – 18,5 %; психолога – 12,5 %.

Таким образом, начавшаяся в Забайкальском крае регистрация суицидальных попыток продемонстрировала стабильно высокие показатели обращаемости населения за медицинской помощью после совершения суицидальных действий, что, безусловно, требует совершенствования доступности и качества работы специалистов с данным контингентом пациентов. При этом первые полученные результаты ставят задачи по улучшению процесса регистрации парасуицидентов.

## СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕМЕНЦИИ

Колчина М.А.

*Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского, Чита*

Деменция – это синдром, обычно хронический или прогрессирующий, вызываемый различными заболеваниями головного мозга, которые оказывают воздействие на память, мышление, поведение и способность выполнять повседневные действия. Хотя деменция поражает главным образом пожилых людей, она не является нормальным процессом старения.

Деменция является одной из основных причин инвалидности и зависимости пожилых людей во всем мире. В 2010 году во всем мире деменцией страдали 35,6 млн. человек; каждые 20 лет – это число, по прогнозам, будет почти удваиваться и составит 65,7 млн. человек в 2030 году и 115,4 млн. – в 2050 году. Ежегодно регистрируемое во всем мире число новых случаев деменции приближается к 7,7 млн., что соответствует одному новому случаю каждые четыре секунды.

Общемировые расчетные затраты, связанные с деменцией, в 2010 году составили 604 млн. долларов США. В странах с высоким уровнем дохода большая часть затрат приходится на неофициальный уход (45%) и официальную социальную помощь (40%), а соответствующая доля прямых медицинских затрат (15%) значительно ниже. В странах с низким уровнем дохода и в странах с уровнем дохода ниже среднего прямые затраты на социальную помощь невелики, а преобладают затраты на неофициальный уход (то есть неоплачиваемый уход, обеспечиваемый семьей).

Болезнь Альцгеймера – наиболее распространенная форма деменции, и на нее, возможно, приходится 60-70% всех случаев. Распространены также такие формы, как сосудистая деменция, деменция с тельцами Леви и группа заболеваний, которые относятся к лобно-височной деменции. Между разными формами нет четких границ, и часто наблюдаются смешанные формы.

Признаки и симптомы, связанные с деменцией, проходят три стадии развития:

- Ранняя стадия – первые год или два;
- Средняя стадия – со второго по четвертый или пятый годы;
- Поздняя стадия – пятый год и последующие годы.

Профилактика болезни Альцгеймера в настоящее время не разработана. К факторам риска ее развития относят поздний возраст, секундарные случаи деменций пожилого возраста в семье, наличие гена аполипопротеина Е; к вероятным факторам – ЧМТ и заболевания щитовидной железы, низкий уровень образования и поздний возраст матери при рождении больного; к предположительным факторам – длительное воздействие стрессовых факторов, повышение концентрации алюминия в питьевой воде.

**Облигатные прижизненные диагностические признаки болезни Альцгеймера:**

- Синдром деменции
- Множественный дефицит познавательных (когнитивных) функций – сочетание расстройств памяти (ухудшение запоминания новой и/или воспроизведения ранее усвоенной информации) и признаков, по крайней мере, одного из следующих когнитивных нарушений:

- афазии (нарушение речевой функции);
- апраксии (нарушение способности к выполнению двигательной активности, несмотря на сохранные двигательные функции);
- агнозии (невозможность распознавать или идентифицировать объекты, несмотря на сохранное чувственное восприятие);
- нарушения собственно интеллектуальной деятельности (ее планирования и программирования, абстрагирования, установления причинно-следственных связей и др.).

- снижение социальной или профессиональной адаптации больного по сравнению с ее прежним уровнем вследствие нарушения памяти и когнитивных функций.
- Мало заметное начало и неуклонное прогрессирование заболевания
- При клиническом исследовании необходимо исключить другие заболевания ЦНС (сосудов г.м., б-нь Паркинсона) или иные заболевания, которые могут вызывать синдром деменции (н-р, гипотиреоз, недостаточность вит. В<sub>12</sub> или фолиевой к-ты, гиперкальциемия, нейросифилис, ВИЧ-инфекция, тяжелая органная патология и др.), а также интоксикацию, в том числе и медикаментозную.
- Признаки вышеперечисленных когнитивных нарушений должны выявляться вне состояний помрачения сознания.
- Анамнестические сведения и данные клинического исследования исключают связь расстройств когнитивных функций с каким-либо другим психическим заболеванием (н-р, с депрессией, шизофренией, ум. отсталостью и др.)

Необходимо подчеркнуть, что достоверная объективная информация о развитии заболевания играет часто значительно более важную роль по сравнению с многочисленными лабораторными и/или инструментальными методами исследования.

#### **Типичные морфологические признаки болезни Альцгеймера:**

- Атрофия вещества головного мозга;
- Утрата нейронов и синапсов;
- Грануловакуолярная дегенерация;
- Глиоз;
- Наличие сенильных бляшек и нейрофибриллярных клубков;
- Амилоидная ангиопатия.

Однако только сенильные бляшки и нейрофибриллярные клубки рассматривают как ключевые нейроморфологические признаки, имеющие диагностическое значение.

#### **Методы диагностики.**

В диагностике болезни Альцгеймера может помочь нейропсихологическое скрининг-тестирование, при котором пациенты копируют фигуры, запоминают слова, читают, выполняют арифметические действия.

**Базисная терапия деменции.** Под базисной терапией следует понимать методы лечения, направленные на предупреждение дальнейшего повреждения мозга и/или обеспечивающие длительную стабилизацию или, по меньшей мере, замедление дальнейшего снижения психических функций в условиях прогрессирующего патологического процесса.

Из большого ряда препаратов, применяемых для лечения когнитивных нарушений, эффективность при деменции (прежде всего при основной ее причине – болезни Альцгеймера) доказана только в отношении двух групп лекарственных средств:

- ингибиторов холинэстеразы (ИХЭ)
- модулятора глутаматных NMDA-рецепторов мемантина.

Наиболее эффективными центральными холиномиметическими средствами являются ИХЭ (галантамин, ривастигмин, донепезил, ипидакрин). Связываясь в ЦНС с холинэстеразой и блокируя ее активность, ИХЭ замедляют разрушение ацетилхолина, выделяемого остающимися сохранными холинергическими нейронами, увеличивают продолжительность его действия на постсинаптические рецепторы и тем самым усиливают холинергическую передачу.

У всех пациентов, которым показаны ИХЭ, следует провести пробную терапию в течение не менее 3 месяцев. Если препарат по результатам пробной терапии оказывает четкий симптоматический эффект, который может выражаться в улучшении когнитивных функций, функционального статуса, регрессе аффективных, поведенческих, психотических нарушений или хотя бы в замедлении прогрессирования быстро нарастающей симптоматики, то в последующем пациент должен принимать его

длительное время. По общему правилу, пациент должен длительно принимать только те препараты, которые действительно оказывают у него лечебный эффект, а не те, которые лишь потенциально полезны.

Включение Донепезила в стандарты, подтверждает, что Алзепил является препаратом первой линии лечения деменции и для России.

Минимальная длительность терапии составляет три месяца. Максимальная длительность в случае хорошей переносимости не ограничена и продолжается до тех пор, пока сохраняется клинический эффект.

Применение препарата достоверно улучшало когнитивные функции больных. На протяжении лечения состояние большинства (80%) пациентов, получавших донепезил (алзепил), улучшилось или оставалось на исходном уровне. Была установлена более высокая эффективность дозировки 10 мг/сут препарата по сравнению с 5 мг/сут. Положительный эффект препарата по сравнению с плацебо сохранялся в течение шести недель после завершения приема донепезила.

**Применение мемантина при деменции различной этиологии.** Мемантин является селективным блокатором NMDA-глутаматных рецепторов, и механизм его действия в первую очередь может быть связан с модулированием глутаматергической передачи, которая опосредует кортико-кортикальные и кортикосубкортикальные взаимосвязи в головном мозге.

Доказана способность мемантина улучшать и стабилизировать когнитивные функции пациентов на ранней и поздней стадиях БА и при СД. Мемантин преимущественно оказывает положительное влияние на внимание и регуляторные когнитивные процессы, связанные с функцией лобных долей, вторично могут улучшаться память и речевые функции. Помимо влияния на собственно когнитивные функции препарат повышает активность и степень бытовой независимости больных, снижает потребность в постороннем уходе, уменьшает выраженность таких поведенческих нарушений, как агрессивность и возбуждение. Более того, на фоне приема мемантина у пациентов с БА реже развиваются эпизоды возбуждения. Вывод об эффективности мемантина и его длительного приема может быть сделан лишь после пробной терапии, которая должна продолжаться не менее 2-3 месяцев. Оценка эффективности препарата, как и в случае ИХЭ, должна учитывать динамику когнитивных, функциональных и поведенческих нарушений.

Особенностью мемантина является хорошая переносимость. К наиболее частым побочным эффектам относятся головокружение, головная боль, утомляемость, диарея, боль в животе. При тяжелой деменции чаще всего отмечаются преходящая спутанность и беспокойство в фазе титрования дозы, которые обычно регрессируют при временном снижении дозы, но иногда вынуждают отменить препарат. При стабилизации состояния больного и хорошей переносимости препарата лечение мемантином в эффективной дозе целесообразно продолжать длительное время.

**Комбинированная базисная терапия деменции.** Поскольку патогенез деменции, даже в рамках одной нозологической формы имеет мультифакторный характер, представляется логичным использовать для ее лечения сочетание нескольких препаратов с разным механизмом действия. Наиболее перспективна комбинация ИХЭ с мемантином. В контролируемых исследованиях показано, что добавление мемантина к ранее назначенному ИХЭ существенно улучшает когнитивные функции, повседневную активность и снижает выраженность поведенческих нарушений.

## СВЯЗЬ ГЕНОВ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ФАКТОРОВ С ДЕПРЕССИЕЙ У МУЖЧИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Коровайцева Г.И., Колесина Н.Ю., Каспаров С.В., Волель Б.А., Голимбет В.Е.

*Научный центр психического здоровья, Москва*

*Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И.М. Сеченова,  
Москва*

Депрессивные расстройства занимают одно из первых мест в мире по распространенности и социальной значимости. Актуальность их изучения важна не только для психиатрии, но и для других областей медицины, поскольку депрессии часто возникают у больных, страдающих тяжелыми соматическими заболеваниями, что усугубляет течение последних и ухудшает качество жизни пациента. Биологические причины возникновения депрессий остаются до сих пор не выясненными. Накапливаются данные, показывающие, что в патофизиологию этого заболевания вовлечена иммунная система, прежде всего, воспалительные реакции. Близнецовые исследования показывают, что как депрессия, так и иммунная активация являются наследуемыми фенотипами. Например, выраженность депрессивных симптомов у близнецов положительно коррелировала с уровнем интерлейкина-6 (IL-6) и С-реактивного белка (CRP) (Su et al., 2009). Геномные исследования выявили полиморфизмы в генах, кодирующих воспалительные маркеры, связанные с повышенной секрецией или экспрессией соответствующих белков. Естественно, что эти полиморфизмы используют для поиска их связи с депрессией. В настоящее время число исследованных генов достигает двух десятков и включает в себя гены интерлейкинов, факторов роста опухолей, интерферона и его рецепторов, ферментов, связанных с воспалением и т.д. Большинство работ в этой области посвящено исследованию полиморфных локусов в перечисленных выше генах у больных с эндогенной депрессией (биполярные аффективные расстройства, рекуррентная депрессия). В меньшей степени изучают депрессии, возникающие у больных на фоне тяжелого заболевания другой природы (инсульт, онкологическое заболевание, болезнь Альцгеймера и т.д.). Связь между генами иммунной системы и депрессией у больных с кардиологическими заболеваниями до сих пор не была исследована. В то же время на целесообразность такого рода работ указывают как результаты иммунологических исследований кардиологических больных с депрессией, указывающие на повышение у них содержания воспалительных маркеров (Nikkheslat et al., 2015), так и выдвинутая недавно гипотеза об опосредующей роли воспалительного процесса в развитии депрессии после сердечных катастроф (Stephoe et al., 2013).

В настоящей работе была изучена связь генов воспалительных факторов с депрессией, а также степенью ее тяжести у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС). Исследовали гены воспалительных интерлейкинов и маркеров воспаления: IL-6, TNF- $\alpha$  и CRP. В этих генах были выбраны для изучения следующие полиморфные локусы: IL-6 -174 G/C, TNF- $\alpha$ -308 G/A, CRP -717A/G.

Исследуемая группа включала в себя 169 больных ИБС мужского пола (средний возраст 59 (8,8) лет) с верифицированным диагнозом ИБС. У всех больных была оценена выраженность депрессивных симптомов с помощью психопатологического метода и шкалы депрессии Гамильтона (HAM-D-21). Больные были разделены на 2 группы: первую группу составили 91 человек, у которых депрессия отсутствовала, во вторую группу вошли пациенты со средней и тяжелой выраженностью депрессии (78 человек), которым был поставлен клинический диагноз депрессии. Группы не различались между собой по возрасту (59.6 (8.7) и 58.3 (9.7) лет, соответственно). Контрольная группа включала в себя 213 мужчин в возрасте от 20 до 63 лет, средний возраст 31.2 (11.6) лет. Молекулярно-генетическое исследование предусматривало выделение ДНК, и генотипирование с

использованием полимеразной цепной реакции (ПЦР). Аллельные варианты после проведения ПЦР определяли при помощи технологии, основанной на полиморфизме длины рестрикционных фрагментов (ПДФ) и технологии с использованием флуоресцентно-меченных проб. Статистический анализ данных предусматривал сравнение частоты генотипов с использованием точного критерия Фишера для сравнения двух групп и критерия  $\chi^2$  Пирсона для трех групп. Поскольку исследование включало несколько независимых переменных, мы использовали поправку на множественность сравнений и приняли уровень значимости при оценке различий, равный 0.01.

Для локуса IL-6 -174 G/C отмечены различия, которые соответствовали принятому уровню значимости ( $p=0.01$ ), в распределении генотипов между группой с депрессией и контролем за счет повышения частоты генотипа GG и снижения частоты генотипа CC в группе больных. Различий в распределении генотипов между группами больных ИБС с депрессией и без нее выявлено не было, хотя наблюдалась тенденция к повышению почти в 2 раза частоты генотипа CC в группе больных ИБС без депрессии ( $p=0.15$ ). Полиморфизмы TNF- $\alpha$ -308 G/A и CRP -717A/G не были ассоциированы ни с ИБС, ни с депрессией, коморбидной ИБС.

Полученные результаты для IL-6 находятся в соответствии с данными более ранних иммунологических и молекулярно-генетических исследований. Так, концентрация IL-6 в сыворотке крови у больных с депрессией, коморбидной ИБС, была выше, чем в группе здоровых людей (Tajfard et al., 2014), а сравнение экспрессии мРНК гена IL-6 у кардиологических больных с наличием и отсутствием депрессии показало, что в первом случае активность транскрипции была почти в 3 раза выше (Nikkheslat et al., 2015). Более того, проспективное исследование этой категории больных показало, что IL-6 оказывает опосредующее влияние на связь между депрессией и последующими госпитализациями по поводу обострения болезни сердца (Hiles et al., 2015). Поиск ассоциации полиморфизма IL-6 C-174G с депрессией при ИБС ранее не проводился, однако опубликованы данные о связи его с развитием депрессии у больных с инфекционным заболеванием – гепатитом C (Udina et al., 2013). Результаты этих исследований показали, что носители аллеля C, связанного с более низкой экспрессией, имели меньший риск развития депрессии и тревожности на фоне прогрессирования основного заболевания. Интересно отметить, что исследования *in vitro* в определенной степени позволяют объяснить на молекулярном уровне существование ассоциации между полиморфизмом IL-6 C-174G и депрессией. В работе S.W. Cole et al. (2010) продемонстрировано, что от присутствия варианта G или C зависит эффективность связывания нуклеотидной последовательности, содержащей тот или иной вариант, с транскрипционными факторами, в частности, эритроид-специфичным транскрипционным фактором GATA1. В присутствии варианта G степень связывания выше, что оказывает влияние на экспрессию гена, а соответственно, содержания IL-6, и связанные с этим фактом возможные последствия для организма.

В заключение следует отметить, что в настоящей работе нам впервые удалось обнаружить ассоциацию между геном, кодирующим воспалительный фактор и депрессией, коморбидной ИБС. Полученный результат является дополнительным подтверждением иммунологических исследований о роли воспалительного процесса в развитии депрессии при этой болезни. К сожалению, ассоциация была обнаружена только для одного из включенных в исследование генов, в то время как, основываясь на данных иммунологических исследований, можно было ожидать и выявления связи между другими исследованными нами полиморфизмами. Возможно, получение отрицательного результата связано с недостаточной мощностью выборки при исследовании полиморфизмов с низкой популяционной частотой минорного аллеля. В этом аспекте полученные данные можно рассматривать как предварительные. Дальнейшие исследования в этом направлении могли бы подтвердить их или опровергнуть.



## ПРЕСУППОЗИЦИИ (ПРЕЗУМПЦИИ) РЕЧЕВОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕЖДУ ПСИХОТЕРАПЕВТОМ И ПАЦИЕНТОМ В ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Кравцов А.С.

*Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского, Чита*

Сложно представить себе индивидуальную психотерапию без использования речи, ведь именно последняя в большинстве случаев выступает в роли основного инструмента для воздействия на личность пациента. Таким образом, именно коммуникативный аспект проходит красной нитью по всей психотерапии, независимо от метода и направления.

В настоящее время насчитывается около 800 методов индивидуальной психотерапии и все они различны по техникам, направлениям, а также научным и философским основаниям. Однако объединяет все методы именно то, что это особого рода взаимодействие между двумя людьми через речь. Но для начала стоит прояснить, чем речевое взаимодействие в индивидуальной психотерапии отличается от любого другого взаимодействия между двумя другими людьми. Для этого следует рассмотреть первичный сеанс психотерапии как речевое взаимодействие между психотерапевтом и пациентом, между адресантом или адресатом, которые имеют индивидуальные пресуппозиции (предварительные предположения) относительно друг друга, а также процесса психотерапии. Последние называются сценариями или фреймами. Именно эффективные пресуппозиции и сценарии в большинстве случаев определяют успешность или неуспешность психотерапии, а так же отличают психотерапевтический контакт от любого другого диалога. Процесс корректировки и обозначения пресуппозиций является обязательным процессом и осуществляется в ходе заключения психотерапевтического контракта.

*Пример: Пациент, предполагающий, что психотерапевт – человек, дающий инструкции и советы для решения проблем, скорее всего, будет разочарован после сеанса, если на этапе заключения психотерапевтического контракта его ошибочное предположение (пресуппозиция) не будет скорректировано.*

Пресуппозиции в речевых актах делятся на семантические и прагматические. Семантическая презумпция – ожидание того, что хотя бы часть высказываний психотерапевта или пациента – истина. Прагматическая презумпция – ожидание того, что хотя бы часть предполагаемой информации очевидна. Также презумпции могут быть общими и частными. Общими являются энциклопедические знания, или так называемые таксономические знания (представления о предметах и понятиях), которыми обладает большая часть населения. Объём таких знаний определяется конвенциональными и культурными нормами характерными для конкретной группы людей. Частные презумпции индивидуальны и уникальны для каждого конкретного речевого взаимодействия.

*Пример: Общие пресуппозиции для цивилизованного европейца будут существенно отличаться от общих пресуппозиций аборигена африканского племени.*

Семантические пресуппозиции психотерапевта определяются многими факторами, такими как личностные особенности, наличие психических отклонений, психологические защиты, различные когнитивные искажения. Это слишком большая тема для рассмотрения в данном докладе. Неконгруэнтность общих и частных презумпций приводит к разбалансировке речевого взаимодействия. Другими словами коммуниканты будут говорить на «разных языках» и информация не будет доходить до адресата. Поэтому в дальнейшем будут рассмотрены только прагматические пресуппозиции.

Эффективность психотерапии напрямую зависит от наличия определённых прагматических презумпций к психотерапевту. Многие из них могут вовсе не

осознаваться пациентами и оставаться скрытыми для них, однако играть существенную роль. Эти презумпции сформировались с появлением религиозного института задолго до становления психотерапии и были адресованы шаманам, жрецам, церковнослужителям, обращаясь к которым за помощью человек мог пережить глубокую личностную трансформацию. С развитием цивилизации религиозный институт вынужден был делигировать часть функций медицинскому институту, а личностной трансформацией пациентов стали заниматься психологи и психотерапевты. Вероятно, именно общие пресуппозиции для психотерапевтов и религиозных деятелей (а так же экстрасенсов, магов и др.) вызывают сегодня недоверие к специальности психотерапии со стороны как института науки, так и религии. Основными пресуппозициями пациента относительно врача-психотерапевта являются:

- Психотерапевт наделён чином.
- Психотерапевт либо не имеет личных проблем, либо успешно с ними справляется.
- Психотерапевт обладает сердечностью.
- Психотерапевт обладает определённой духовной силой и знаниями.

Следует ещё раз отметить, что вшеперечисленные предположения чаще всего неосознаны, отличают психотерапевтический контакт от простого диалога.

Пресуппозиции психотерапевта:

- Пациент имеет определённые личностные проблемы, с которыми по тем или иным причинам не справляется сам.
- Хотя бы часть высказываний пациента (даже если они носят повествовательный характер) подвергается искажениям под действием психологических защит и актуальных целей коммуникации.

Данные предположения так же играют существенную роль в психотерапевтической работе и являются залогом успешной психотерапии. Именно нарушение пресуппозиций может с первого сеанса саботировать психотерапию. Все нарушения можно условно разделить 2 группы:

- Отсутствие какой-либо пресуппозиции.
- Привнесение индивидуальной пресуппозиции.

Оба нарушения могут присутствовать одновременно и варьировать по количеству. Причём нарушения могут быть, как со стороны пациента, так и со стороны психотерапевта.

*Пример: Психотерапевт на сеансе демонстрирует (или пациент по какой-либо причине так воспринимает) эмоциональное отвержение пациента, то будет нарушена пресуппозиция сердечности врача, и пациент откажется от контакта.*

*Пример: Пациент обвиняет во всех своих бедах свою жену, а терапевт потокает ему, не принимая во внимание искажение реальной информации под действием психологических защит. Данная ошибка в скором времени сделает коммуникативный акт дезориентированным, т. е. такой акт не будет иметь перспективы, и пациент будет разочарован.*

Сценарии, относящиеся к психотерапии, очень редко совпадают у психотерапевта и пациента, и именно они подводятся к общему знаменателю в ходе заключения контракта (так же их называют правилами). Стандартные сценарии:

- Презумпция искренности.
- Презумпция активности.
- Презумпция готовности меняться.
- Презумпция готовности принимать неприятную информацию.

Презумпция готовности меняться относится только к пациенту, остальные три правомерны, как для пациента, так и психотерапевта, т. е. оба коммуниканта должны следовать принципу искренности, в равной степени отвечать за активность на сеансе (вступать в речевое взаимодействие), а так же принимать неприятную информацию. В

зависимости от метода и направления вводятся дополнительные презумпции или корректируются вышеперечисленные. Так, например, в психоанализе правило активности касается в большей степени пациента, а в провокативной психотерапии отсутствуют презумпции искренности и готовности меняться.

В настоящее время достаточно часто можно встретить научные исследования различного психотерапевтического дискурса (так, например, анализ экзистенциального дискурса и его отличие от научного). Однако анализ речевой коммуникации в психотерапии, вне зависимости от метода и направления, до сих пор является мало изученной областью. Подобные исследования имеют большую перспективу и практическое значение в психотерапии.

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА СЕРОКВЕЛЬ-ПРОЛОНГ В ТЕРПИИ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА (КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ)**

Кравченко С.Л.

*Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского, Чита*

1. У пациентки Г., 24 лет, с неотягощенной наследственностью, в преморбиде ранимой, эмоциональной, психическое состояние изменилось постепенно в течение первого месяца после родов на фоне активной лактации. Ведущим в клинике являлся депрессивный синдром, который изначально в своей структуре носил черты эндогенности, характеризовался циркадностью с максимальной выраженностью в утренние часы, достигавшей порой степени ажитации, с выраженными явлениями витальной тоски, тревоги за здоровье ребёнка, к которым вскоре присоединились явления ментизма, отрывочные идеи самообвинения, самоуничужения, вылившиеся через месяц от начала расстройств в незавершённую истинную суицидальную попытку путём отравления нифедипином. В стационар пациентка была доставлена после купирования явлений отравления с диагнозом «послеродовой психоз». Пациентке в день поступления был назначен Сероквель Пролонг (1 раз в сутки вечером в дозе 400 мг), депакин-хроносфера в дозе 1000 мг, начата активная работа с врачом-психотерапевтом стационара, клиническим психологом. На фоне терапии на 3 день полностью нормализовался сон, выровнялось настроение, купированы явления ментизма, появилась критика к совершённой суицидальной попытке. Спустя 8 дней пациентка была переведена на режим дневного стационара, состояние оставалось стабильным, в настоящее время пациентка продолжает принимать Сероквель-пролонг и нормотимики в вышеуказанных дозировках, отрицательной динамики в состоянии нет.

2. У пациентки С., 64 лет, с отягощенной наследственностью шизофренией матери, в преморбиде стеничной, активной, злопамятной, впервые психическое состояние изменилось резко на 4 день после родов в возрасте 24 лет, ведущим в клинике являлся галлюцинаторно-параноидный синдром. Длительно лечилась в психиатрической клинике методом ФИКТ, после лечения отмечалась ремиссия на протяжении 30 лет, пациентка за этот период защитила диссертацию, успешно работала преподавателем в ВУЗе. На фоне наступившей менопаузы в возрасте 54 лет вновь попала в поле зрения психиатров, причём симптоматика на протяжении 8 лет определялась в большей степени аффективными нарушениями с конгруэнтными аффекту бредовыми идеями, превалировали аффективные нарушения депрессивного спектра, начали формироваться явления госпитализма. В процессе пребывания в стационаре после соматического дообследования выявлена масса

сопутствующих соматических заболеваний, в том числе и рак молочной железы, по поводу которого была успешно прооперирована. В дальнейшем встал вопрос переносимости ПФТ. Пациентке был назначен в качестве монотерапии Сероквель-пролонг в стартовой дозе 400 мг в сутки, а затем и 800 мг в сутки, на фоне приёма которой длительное время состояние стабильное, пациентка более 1 года проживает дома, полностью себя обслуживает.

3. У личности с отягощённой наследственностью, невысоким интеллектуальным потенциалом, признаками некоторой личностной незрелости, инфантильности, наличием резидуально-органической недостаточности в анамнезе, изначально имеющей сенситивно-шизоидные характерологические черты, заболевание началось постепенно, с появлением инициальных расстройств по типу нарастания аутизации, усиления эмоциональных нарушений – по типу эмоциональной неадекватности, и волевых нарушений – по типу гипобулии, снижения энергетического потенциала, с постепенным присоединением качественных нарушений мышления в виде ментизма. Указанные нарушения медленно нарастали в течение последних двух лет, предопределяя неправильное, неадекватное поведение; постепенно к ним присоединились галлюцинаторные расстройства, интенсивность которых нарастала, а характер стал императивным, на фоне которых периодически появлялись отрывочные бредовые идеи воздействия, отношения, что, в конечном итоге, привело к госпитализации в психиатрический стационар. На момент осмотра главенствующими в клинической картине, наряду с галлюцинаторными расстройствами, являлись качественные расстройства мышления в виде ментизма, аморфности, растерянности, которые предопределяли трудности в установлении продуктивного контакта с пациенткой. Это в совокупности с имеющимися явлениями амбивалентности, отрывочными бредовыми идеями отношения, воздействия, данными патопсихологического исследования, указывающими на тенденции к формированию структурных нарушений мышления, позволило выставить диагноз эндогенного расстройства. Относительно упорядоченное поведение в рамках стационара позволило назначить монотерапию препаратом Сероквель-пролонг в дозе 800 мг в сутки. На фоне приёма препарата уже на 4-5 день полностью стабилизировался сон, снизилась интенсивность галлюцинаторных переживаний, наметились тенденции к дезактуализации бредовых идей. В итоге через 6 недель монотерапии удалось упорядочить поведение, полностью купировать слуховые обманы восприятия, сформировать установки на необходимость приёма поддерживающего лечения, избежать возникновения нежелательных явлений, несмотря на неблагоприятный резидуально-органический фон.

### **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДЛИТЕЛЬНОГО ТЕЧЕНИЯ БРЕДОВОГО ИНВОЛЮЦИОННОГО ПСИХОЗА**

Кузьмина Л.М., Сахаров А.В.

*Читинская государственная медицинская академия, Чита*

Пациентка С., 1938 г.р. (78 лет), с 1993 года пенсионер по старости, жительница города Читы, находилась на стационарном лечении в неврологическом отделении в марте 2016 года.

Обратилась с жалобами на слабость, раздражительность, ухудшение самочувствия, периодические головные боли, головокружение, «шум в голове», нарушение сна. В дальнейшем стала предъявлять жалобы на тревогу из-за того, что соседи и родственники проникают в квартиру, «подсыпают» что-то в пищу, «травят, мажут стены, одежду и белье

какой-то плохо пахнувшей слизью, рассыпают по квартире какой-то порошок». Была консультирована психиатром.

**Анамнез жизни.** Жительница Забайкальского края. Наследственность психопатологически не отягощена. Родилась третьим ребенком из троих в полной семье. Беременность матери протекала без особенностей, роды в срок без осложнений. Развивалась удовлетворительно, говорить и ходить начала вовремя; от сверстников не отставала. В школу пошла с 7 лет, окончила 8 классов и железнодорожный техникум, получила специальность бухгалтера. Училась хорошо, была исполнительной, ответственной, общительной. По специальности никогда не работала. Служила в армии 17 лет на различных должностях. Замужем с 20 лет, имеет сына (которому в настоящее время 54 года). Муж военнослужащий, многократно меняли семьей места службы. По характеру всегда была активная, подвижная, принимала активное участие в жизни коллектива, занималась общественной работой, была исполнительной и требовательной к окружающим. В 55 лет вышла на пенсию, после смерти мужа проживает одна.

Снохождение, сноговорение, энурез отрицает. Черепно-мозговых травм не было. Жару, духоту переносит хорошо. Из хронических заболеваний Ишемическая болезнь сердца, Гипертоническая болезнь, Язвенная болезнь.

Не курит. Алкогольные напитки употребляла всегда очень редко, в компаниях друзей. В последние годы не пьет совсем, дату последнего потребления не помнит.

**Анамнез заболевания.** Состояние впервые изменилось в 1989 году (в 51 год) после смерти мужа – очень переживала, нарушился сон, стала тревожной, беспокойной, ухудшилось настроение. Лечилась травами, за медицинской помощью не обращалась. Через 5-6 месяцев субъективно состояние улучшилось. Со слов сына, именно тогда впервые стала высказывать мысли, что окружающие плохо к ней относятся, соседи каким-то образом попадают в квартиру. Но это не отражалось на работе и взаимоотношениях с окружающими. После выхода на пенсию (в 55 лет), стала считать, что соседи «засыпают одежду, постельное белье каким-то ядовитым порошком, стены мажут какой-то слизью», от которой у пациентки появляется зуд во всем теле, «чувствует» постоянно неприятный запах. Это привело к тому, что в 1996 году (в 58 лет, через 7 лет от начала заболевания) заставила сына поменять квартиру и сменила место жительства, т.к. начали возникать проблемы с соседями, постоянно обвиняла их. После переезда состояние улучшилось кратковременно, через 2-3 месяца вновь появились вышеописанные проявления, задействованы стали новые соседи. При этом это не приводило к конфликтам с ними.

На протяжении двух десятилетий периодически обращалась по месту жительства в поликлинику к неврологу с жалобами на слабость, раздражительность, ухудшение самочувствия, периодические головные боли, головокружение, «шум в голове», нарушение сна. Было диагностировано сначала, со слов, «невротическое расстройство», затем «дисциркуляторная энцефалопатия», назначались транквилизаторы и ноотропы. Временно состояние пациентки улучшалось, нормализовывался сон, становилось спокойнее. Бредовые переживания скрывала, потому что боялась направления в психиатрическую больницу. Родственники также не обращались к психиатрам. Адаптирована была удовлетворительно.

В последние 2-3 года психическое состояние ухудшилось. Стала утверждать, что не только соседи, но и близкие родственники (невестка, сын, внуки) каким-то образом «проникают в квартиру, насыпают ядовитый песок под ковры, черный порошок в пищу, на мебель, посуду, белье, мажут стены какой-то слизью». В результате больная чувствует себя очень плохо, задыхается, появляются боли в области сердца, головные боли, отсутствует аппетит. Заходя в квартиру, постоянно «чувствует» неприятный запах, сразу понимает, что в квартире кто-то был. Считает, что пища в холодильнике имеет неприятный вкус, готовит еду только на один прием, уходя из квартиры, забирает остатки еды с собой или прячет под постель, под ванну, маскируя тряпками. Стала часто обедать

только в одном кафе, где доверяла поварам. Принесенные сыном и внуками продукты не ест, а пытается накормить ими пришедших родственников. Убеждена, что они хотят завладеть ее квартирой, поэтому приносят отравленные продукты, и «сами их кушать отказываются». Каждый день стирает белье, убирает квартиру, регулярно меняет замки. В настоящем году поставила в квартире сигнализацию и видеокамеру, чтобы никто не заходил в квартиру. Несмотря на это, считает, что кто-то из соседей или родственников проникает в её жилье, «перекручивает» видеокамеру, поэтому на ней нет следов присутствия людей.

С указанной симптоматикой впервые в поле зрения психиатров попала в 2014 году (в 76 лет, через 25 лет после появления первых признаков болезни), была направлена терапевтом. Консультирована амбулаторно, за 2 последних года получала лечение аминазином, рисперидоном, хлорпротиксеном, пропразином, фенибутом. На препаратах становилась спокойнее, хорошо спала.

Перед настоящей госпитализацией (за пару месяцев) вновь ухудшился сон, часто по ночам стояла за дверью, поджидала визитеров со скалкой в руках.

**Во время консультации** была опрятна. Сознание ясное, ориентирована правильно в месте, времени и собственной личности. За собой ухаживает. Мимика адекватная, выразительная, активно жестикулирует. Продуктивному контакту доступна, отвечает на вопросы в плане заданного, но многоречива, обстоятельна, «застревает» на деталях. Фон настроения неустойчивый, эмоционально лабильна, иногда становится раздражительной, говорит громко. Расстройства восприятия отсутствовали. Высказывает массу бредовых идей отношения, ущерба, считает, что родственники «хотят получить мою квартиру, поэтому и мучают меня, ждут, когда я умру». Настроена найти виновников, которые не дают ей жить. Истощается в беседе. Память значительно снижена на недавние события, внимание неустойчивое. Суицидальные мысли отрицает. Критика к своему состоянию отсутствует.

В неврологическом статусе: запахи различает, поля зрения не изменены, зрачки равные, округлые, средней величины, прямая и содружественные реакции на свет и конвергенцию сохранены, движения глазных яблок в полном объеме. Чувствительность в зоне иннервации V нерва не страдает, пальпация тригеминальных точек безболезненная, лицо симметричное, язык по средней линии, глотание не нарушено, речь сохранена. Умеренная болезненность, напряжение мышц в шейном, поясничном отделах позвоночника. Активные движения сохранены. Мышечная сила в конечностях снижена до 4,5 б преимущественно в дистальных отделах. Мышечный тонус снижен. Сухожильные рефлексы с рук живые, симметричные; с ног снижены, симметричные. В позе Ромберга пошатывается. Пробы на координацию выполняет с легкой интенцией. Патологических знаков нет. Вегетативная нервная система без патологии.

ЭЭГ: Активирующее влияние ретикулярной формации. Диффузные изменения выраженные. ЭхоЭГ: признаков гипертензионного и гидроцефального синдромов нет.

Был назначен пропазин в дозе 100 мг в сутки. Состояние несколько улучшилось, стала поспокойнее, менее раздражительной, улучшился сон. Хотя периодически продолжает высказывать бредовые идеи ущерба и отравления. С рекомендациями лечения и наблюдения у психиатра по месту жительства была выписана из отделения.

**Анализ клинического случая.** Пациентка из наследственно неотягощенной психическими и наркологическими заболеваниями семьи. Воспитывалась в гармоничных условиях, стоит отметить наличие стенических черт характера: общительность, социальная активность, аккуратность, исполнительность, требовательность к окружающим.

Работала, была всегда адаптирована в семейном плане, никаких психических расстройств в анамнезе не отмечалось. Основным триггерным фактором для начала

развития заболевания, вероятно, следует считать смерть мужа, которая для нее стала психотравмирующей ситуацией. В результате в 51 год последовало одиночество.

Содержанием всей клинической картины на протяжении 27 лет стали бредовые идеи ущерба и связанные с ним идеи отравления, которые постепенно усложнялись и расширялись. При этом психопатологические расстройства не приводили к нарушениям социальной адаптации – не было серьезных конфликтов с соседями или родственниками, не было обращений в правоохранительные органы или судебных ситуаций. Сама пациентка продолжает жить одна, ухаживает за собой, активна, общительна. Имеется снижение памяти на текущие события в возрастных пределах (сейчас ей 78 лет).

Таким образом, данный клинический случай характеризуется постепенным развитием и расширением бредового инволюционного психоза, который длится более 27 лет, и 25 лет из которых оставался вне поля зрения психиатров. Учитывая, что в последние годы стали более выраженными проявления дисциркуляторной энцефалопатии, в настоящее время правомочен **диагноз**: «Органическое бредовое расстройство».

## ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ: КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ

Курасов Е.С., Тарумов Д.А., Якуша Д.Н., Евдакова И.А.

*Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург  
442 Военный клинический госпиталь, Санкт-Петербург*

Высокая распространённость аддиктивной патологии является серьёзной медицинской проблемой современности. Злоупотребление и зависимость от алкоголя так же приводят к значительным социально-экономическим издержкам (Кошкина Е. А. и др., 2002; Azrin N.H. et al., 1996; Weiss S., 2002). Следует отметить, что распространённость алкоголизма превышает по частоте другие формы химических аддикций (Кошкина Е.А. и др., 2000; Кошкина Е.А., Киржанова В.В., 2002; Bosio P. et al., 1997).

Причины и механизмы развития алкогольной зависимости полностью не изучены до сих пор. Многие авторы отмечают, что в основе алкоголизма лежат биологические, социальные и психологические причины. Так же исследователями отмечается, что злоупотребление алкоголем и последующее развитие зависимости зачастую формируется на фоне тревожных и депрессивных расстройств (Савченков В.А., Сиволап Ю.П., 2002; Кооб С.Ф., 1999), которые развиваются как в результате действия внешних психотравмирующих факторов, так и на фоне хронической соматической патологии (Волчегорский И.А. и др., 1997-2000). В настоящее время в медицинской литературе представлены многочисленные данные о коморбидности алкогольной аддикции с различными психопатологическими нарушениями (Смулевич А.Б., 2001; Kosten T.R. et al., 1998). Во многом, это обусловлено выраженным тимоаналептическим и анксиолитическим действием этанола, регулярное употребление которого можно рассматривать как бытовую стратегию коррекции тревожно-депрессивных расстройств (Ковалёв А.А., 2002; Кооб С.Ф. et al., 1998).

Вопрос взаимосвязи между зависимостью от психоактивных веществ (в частности, от этанола) и аффективными (тревожными и депрессивными) нарушениями рассматривается достаточно давно (Стрельчук И.В. 1973; Лисицын Ю.П., Сидоров Г.И. 1990; Кондрашенко В.Т., Скугаревский А.Ф. 1983). Эти взаимоотношения являются довольно сложными, если учитывать, что в структуре патологического влечения к

алкоголю зачастую присутствует симптоматика депрессивного круга (Морозова Г.В., 1983; Шварцман Л.Я., 1975; Иванец Н.Н., Игонин А.Л. 1977).

Н.Н. Иванец и А.Л. Игонин ещё 1983 году предполагали, что: «при синдроме отмены алкоголя наибольшие изменения наблюдаются в эмоциональной сфере и выражаются чётким депрессивным синдромом: подавленное настроение, тревога, нарушения сна и нередко – суицидальные мысли». Но наиболее постоянными, выраженными и определяющими клиническую картину синдрома отмены являются тревога и депрессия. В связи с этим, многими исследователями поднимается вопрос о том, что является первичным: эмоциональные нарушения или влечение к алкоголю.

Сторонники теории «эмоциональности» (Иванец Н.Н., 1977, 2000; Стрельчук И.В., 1973; Пятницкая И.Н., 1988) указывают на то, что алкоголь используется как «модификатор настроения», для того, чтобы «облегчить состояние фрустрации, тревоги и депрессии». В этих случаях приём алкоголя ослабляет эмоциональную напряжённость, склонность к депрессиям, что может быть биологической основой мотивации употребления. (Иванец Н.Н., 2000) В связи с этим, в 1978 году экспертами ВОЗ в классификации расстройств, связанных с употреблением алкоголя, было выделено «тимогенное пьянство». Таким образом, алкоголь употребляется с целью повышения настроения, при этом «аффективные (эмоциональные) нарушения при опьянении, их динамика, несомненно, влияют на формирование алкоголизма» (Кондрашенко В.Т., Скугаревский А.Ф., 1989).

У многих пациентов, стремление к эйфории подтверждает факт того, что в ряде случаев исходный эмоциональный фон является сниженным (Езриелев Г.И., 1975). В связи с этим, многими исследователями поднимается вопрос о связи преморбидных эмоциональных нарушений с началом злоупотребления алкоголя и последующим возможным формированием зависимости. Следует отметить, что взгляды на этот вопрос достаточно противоречивы.

А.И. Минко и соавт. (2002) описывают, что: «выраженное беспокойство, депрессия, маниакальное состояние, которые могут быть связаны с самыми разнообразными расстройствами, могут спровоцировать у некоторых лиц чрезвычайно сильные запои». Причину этого явления видят в том, что алкоголь и его метаболиты воздействуют на мозговые механизмы, ответственные за выработку и регуляцию эмоций. С точки зрения нейрофизиологии (Шварцман Л.Я., 1975), зависимость формируется за счёт воздействия психоактивного вещества на структуры мозга, называемые «системой подкрепления», вызывая эмоционально-позитивные реакции. Морфологическим субстратом формирования влечения к алкоголю являются структуры лимбической системы, ответственные за формирование положительных и отрицательных эмоций (Олейник А.В. и др., 1989).

В своих исследованиях (Бокий И.В., Лапин И.П., 1976; Trevisan L. et al., 1998; Tohen M. et al., 1998) описывают патогенетические механизмы алкогольной зависимости и возможное взаимодействие аффективных нарушений с конкретными зонами головного мозга. Учёные отмечают, что ключевой зоной, участвующей в возникновении тяги является nucleus accumbens – структура, ответственная за получение эмоционального вознаграждения. В ряде работ показано, что при получении удовольствия, активируется именно эта зона.

При помощи позитронно-эмиссионной томографии было доказано, что при некоторых видах зависимости, в том числе алкогольной, отмечается дефицит дофаминергической системы, а снижение плотности дофаминовых DRD2-рецепторов является одним из маркеров заболевания (Олейник А.В. и др., 1989; Эдварс Дж. и др., 1975; Билибин Д.П., Дворников В.Е., 1991). Установлено, что алкоголь вызывает выделение эндогенных опиоидов, что в свою очередь приводит к увеличению



высвобождения дофамина в *nucleus accumbens*, что определяет подкрепляющий (наркогенный) эффект психоактивных веществ.

В свою очередь Anton (1999) исследуя механизмы алкогольной зависимости, предложил нейроанатомическую модель крэвинга, в которой выраженность аддиктивного влечения связывается с индивидуальными особенностями вовлеченности отдельных мозговых структур в мнестические процессы. Как и многие другие ПАВ, алкоголь повышает уровень дофамина в прилежащем ядре (Anton et al., 1996).

Вследствие этого, через нейрональные связи, активируются три другие мозговые области: амигдала, фронтальная кора, (в особенности дорсолатеральный префронтальный кортекс, фиксирующий эффекты вознаграждения) и базальные ганглии, вовлеченные в процесс репродуцирования мнестически-поведенческих паттернов. Было установлено, что префронтальный кортекс может одновременно стимулироваться сенсорной информацией (вид и вкус алкоголя) с коры и недифференцированной негативно-аффективной подпиткой с амигдалы и подлежащего ядра. Таким образом, состояния эмоционального дискомфорта фиксируются памятью в сочетании с эффектами вознаграждения, обеспечивая соответствующую побудительную мотивацию.

Фронторбитальная зона коры влияет на характер деятельности, оценивая уровни рисков и наград, и тормозит импульсивное поведение, направляя оценочную информацию на префронтальный кортекс. Повреждения фронторбитального кортекса, врожденного или приобретенного характера, может являться причиной недостаточного контроля и проявляться импульсивным поведением.

Аналогичным образом, дисбаланс в системе прямых и не прямых стриато - паллидарных связей ведет к гиперактивности фронторбитально-субкортикальных взаимодействий и проявляется обсессивно-компульсивной симптоматикой (Saxena et al., 1998).

Основная гипотеза патогенеза алкогольной зависимости включает нарушение дофаминергической нейротрансмиссии, что проявляется усилением поведения, связанного с поиском и приемом алкоголя. Мезолимбический дофаминовый путь, который идет от вентральной области покрышки среднего мозга к структурам полосатого тела, к прилежащему ядру, считается основным образованием, обеспечивающим усиление действия многих аддиктивных веществ, включая алкоголь.

Например, исследования с применением нейровизуализации, выявили снижение количества дофаминовых D<sub>2</sub>-рецепторов стриарных нейронов в лимбической, ассоциативной и сенсомоторной областях головного мозга у лиц с алкогольной зависимостью, по сравнению со здоровыми испытуемыми.

Таким образом, имеющиеся на настоящее время данные литературы не позволяют говорить о единстве мнений, в отношении проблемы психических нарушений при синдроме зависимости от алкоголя.

Наряду с этим, в последние годы существенно возросло число заболеваний и пограничных состояний, при которых алкоголь не только утяжеляет клиническую картину, но и сам по себе провоцирует существенные вредные последствия употребления. Несмотря на серьезные успехи в развитии нейронаук, достигнутые за последние десятилетия, отечественные и зарубежные учёные предпринимали единичные попытки комплексного (мультидисциплинарного с участием нейрофизиологов, психологов, психиатров, терапевтов, наркологов, рентгенологов) подхода к зависимостям, в том числе и алкогольной. Продолжение работы в этом направлении нам представляется актуальной задачей современной психиатрии и наркологии.

**ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА ZNF804A rs1344706  
И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ**

Лежейко Т.В., Колесина Н.Ю., Каспаров С.В., Наседкина Н.Ю., Великая Н.В.,  
Голимбет В.Е.

*Научный центр психического здоровья, Москва  
Институт молекулярной биологии им. В.А. Энгельгардта РАН, Москва  
Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева, Москва*

Шизофрения является сложным, полигенным заболеванием, для которого были выявлены более 100 генетических вариантов, ассоциированных с диагнозом, но, тем не менее, мало известно о генах, связанных с выраженностью различных симптомов болезни. Ряд исследований, в том числе и широкомасштабное сканирование генома с помощью метода GWAS (от англ. *Genome-Wide Association Studies*), обнаружили ассоциацию полиморфизма rs1344706 (A\C) в гене, кодирующем цинк-пальцевый белок ZNF804A (от англ. *zinc finger protein 804A*), с шизофренией (O'Donovan M.C. et al., 2008; Riley et al., 2011; Steinberg et al., 2011).

Ген ZNF804A расположен на хромосоме 2q32.1 и состоит из 4 экзонов и 3 интронов. Полиморфизм представляет собой замену аденина на цитозин (A\C) в интроне 2. Анализ ассоциаций показал, что частота аллеля А выше в группах больных шизофренией, чем у психически здоровых людей. Известно, что цинк-пальцевый белок ZNF804A играет множество ролей в организме человека, включая взаимодействие с ДНК, транскрипционное регулирование, экспрессию гена и взаимодействия белка с ДНК. Однако точные функции ZNF804A остаются неизвестными.

**Цель настоящего исследования** состояла в изучении распределения генотипов гена ZNF804A rs1344706 в группе больных шизофренией и психически здоровых людей, и поиске ассоциации этого полиморфизма с клиническими проявлениями шизофрении, в частности, с выраженностью симптомов основных симптомов.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие больные шизофренией и контрольная группа психически здоровых испытуемых. Выборка больных состояла из 587 человек (383 женщины и 204 мужчины, средний возраст  $34,1 \pm 13,0$  лет, возраст к началу заболевания  $25,8 \pm 10,0$  лет), с диагнозом шизофрения (рубрика F20 по МКБ-10). Группа психически здоровых людей включала в себя 230 человек (128 женщин и 102 мужчины, средний возраст  $30,1 \pm 11,1$  лет). Все участники дали информированное согласие на исследование. Для количественной оценки выраженности клинических симптомов заболевания использовалась Международная шкала PANSS (The Positive and Negative Syndrome Scale).

ДНК из венозной крови выделяли фенол-хлороформным методом. Генотипирование проводили с использованием технологии биочипов, которые были изготовлены методом фотоиндуцируемой совместной полимеризации олигонуклеотидов и компонентов полиакриламидного геля (Rubina et al., 2004). Одновременно проводили генотипирование по нескольким локусам, в число которых входил и ZNF804A rs1344706. На первом этапе проводили полимеразную цепную реакцию (ПЦР) при стандартных условиях, Полученные на втором этапе флуоресцентно меченые образцы использовали для гибридизации на биочипе. Гибридизационная смесь общим объемом 35 мкл включала в себя 5×SSPE («Promega», США), 25% формаид («Sigma», США) и флуоресцентно-меченый амплификат. Смесь денатурировали при 95°C (5 мин), быстро охлаждали на льду (1 мин), наносили на биочип и оставляли на 12-14 часов при 37°C. После завершения инкубации гибридизационную камеру удаляли вместе с непрореагировавшей гибридизационной смесью, биочип отмывали в 1×SSPE («Promega», США) в течение 10 мин при комнатной температуре, высушивали и проводили регистрацию флуоресцентных

сигналов. Флуоресцентный сигнал с ячеек биочипа регистрировали с помощью портативного анализатора биочипов, снабженного камерой ПЗС и программным обеспечением Imageware («Биочип-ИМБ», Россия).

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы (Statistica 6.0) с использованием критерия  $\chi^2$  Пирсона для качественных признаков. Для оценки ассоциации генетического варианта с количественными признаками использовали однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA).

**Результаты.** Распределение генотипов по полиморфизму ZNF804A rs1344706 в группе больных шизофренией и психически здоровых людей не отклонялось от равновесия Харди-Вайнберга ( $\chi^2 = 1,56$ ;  $p > 0,05$ ). Генотипы ZNF804A rs1344706(A\C) в группе больных были распределены следующим образом: AA – 43,95% (n=258); AC – 40,55% (n=238); GG – 15,5% (n=91), а в контрольной группе их частота составляла, соответственно: AA – 36,96% (n=85); AC – 44,35% (n=102); CC – 18,70% (n=43). Значимых различий между группами обнаружено не было ( $\chi^2 = 1,56$ ;  $df=2$ ;  $p=0,49$ ). Также не было обнаружено значимых различий между группами мужчин и женщин.

При сравнении степени тяжести клинических симптомов по шкале PANSS в зависимости от генотипа были обнаружены различия, близкие к уровню значимости ( $F=3,0$ ;  $df (2;573)$ ;  $p=0,05$ ), по суммарному баллу субшкалы позитивных симптомов. У больных с генотипом AA отмечена большая выраженность позитивных симптомов, чем у носителей генотипа CC. При раздельном анализе групп мужчин и женщин различий в выраженности клинических симптомов и зависимости от указанного генотипа не наблюдалось ( $F=0,5$   $df (2;570)$ ;  $p=0,5$ ).

**Заключение.** Таким образом, результат настоящей работы указывает на то, что полиморфизм гена ZNF804A rs1344706 не обязательно ассоциирован с шизофренией, а может быть связан с тяжестью клинической симптоматики, в частности, выраженностью позитивных симптомов.

Это согласуется с данными более ранних исследований. В одном из них показано, что у больных шизофренией с генотипом AA выраженность позитивных симптомов в процессе лечения снижалась медленнее, чем у носителей генотипа CC (Mossner et al., 2012). В другой работе изучали больных с первым эпизодом шизофрении с разными генотипами ZNF804A rs1344706 в течение 2-х лет для оценки исхода болезни. У носителей аллеля риска A в катамнезе было отмечено большее число эпизодов и увеличение их длительности (Wickramasinghe et al., 2015).

## ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В ГУЗ «КРАЕВОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

Лобанова А.А.

*Краевой наркологический диспансер, Чита*

В семье алкоголика в значительной степени страдают его близкие – супруги, родители, дети. Практика лишения родительских прав вследствие невыполнения своих обязанностей пьющими родителями в нашей стране, что называется «поставлена на поток». Проблему социального сиротства, в какой-то степени, позволяет решить медицинская реабилитация и ресоциализация родителей, страдающих наркологическими расстройствами.

В декабре 2012 года в Чите на базе ГУЗ «Краевой наркологический диспансер» было открыто отделение медицинской реабилитации, которое стало значимым событием, как для медицинских работников, так и для жителей Забайкальского края.

Отделение рассчитано на 25 коек круглосуточного пребывания, оснащено и укомплектовано в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология». Созданы максимально приемлемые условия для прохождения реабилитации: зал для ЛФК, просторные кабинеты для групповых занятий, физиокабинет с новейшим оборудованием, мастерские для трудотерапии, сенсорная комната.

Комплексный биопсихосоциальный подход, базирующийся на 12-шаговой методике, стал основой среднесрочной программы медицинской реабилитации. В реализации программы участвует бригада специалистов – врач психиатр-нарколог, врач психотерапевт, медицинский психолог, специалист по социальной работе, все работают на единый результат – вернуть пациента в социум, изменить его отношение к себе и окружающему миру, сохранить семью, восстановить духовно-нравственные ориентиры для дальнейшей жизни.

Весь день расписан по минутам: индивидуальные и групповые занятия, тренинги, домашние задания, дневники чувств, отработки - режим и жесткая дисциплина являются основными составляющими программы. В процессе реабилитации активно используется трудотерапия. В теплицах и на открытом грунте реабилитанты выращивают овощи, цветы, зелень. В отделении открыт швейный цех, имеется мини-типография, продукция которой используется для нужд диспансера. В молитвенной комнате 2 раза в неделю в рамках «духовного часа» священнослужителями Забайкальской Епархии проводятся консультации и службы для пациентов. Еженедельно проходят заседания групп анонимных алкоголиков и анонимных наркоманов. В отделении есть свой мини-театр кукол, над созданием которого пациенты отделения работали под руководством специалистов краевого театра кукол.

Несмотря на это, мотивировать пациентов других наркологических отделений на прохождение 6-месячного курса реабилитации в изолированном отделении с достаточно строгими правилами пребывания, достаточно сложно. Большинство из них настроены лишь на «снятие похмелья».

Специалисты краевого наркологического диспансера давно сотрудничают с Комиссией по делам несовершеннолетних и защите их прав. Участковые врачи психиатры-наркологи входят в состав муниципальных Комиссий, принимают участие в ее работе, при необходимости, направляют на лечение родителей или несовершеннолетних.

По инициативе администрации диспансера между службами было заключено соглашение о сотрудничестве, в рамках которого, пьющим родителям предоставляется возможность пройти курс лечения и реабилитации и, при условии выполнения всех рекомендаций – сохранить право воспитывать своих детей (родительские права).

У женщин, которых направляют в отделение медицинской реабилитации после заседания Комиссии по делам несовершеннолетних, формируется «двойная мотивация» – избавиться от пагубного пристрастия (зависимости) и остаться матерью для своих детей.

Критериями для включения в программу являются наличие одного или нескольких несовершеннолетних детей, неисполнение или ненадлежащее исполнение родительских обязанностей, зависимость от алкоголя или другого психоактивного вещества, реабилитационный потенциал не ниже среднего, добровольное мотивированное согласие на участие в прохождении длительного реабилитационного курса.

В большинстве случаев, помимо медицинской реабилитации, пациентам отделения требуется целый спектр социальных услуг: помощь в восстановлении документов и жилья, трудоустройство. Особенно важно трудоустройство, приносящее стабильный доход. В 2014 году между наркологическим диспансером и службой занятости по г. Чите было заключено соглашение о сотрудничестве, и у городских пациентов появилась

возможность трудоустройства. С работой в сельской местности помогают сотрудники Комиссий по делам несовершеннолетних.

В 2014 году из 21 женщин, направленных по линии комиссии по делам несовершеннолетних, 16 прошли полный курс реабилитации и сохранили свои родительские права. В 2015 году всего было направлено в отделение 29 женщин, из них 20 «мамочек» вернули детей в свои семьи.

Сегодня в отделении медицинской реабилитации ГУЗ «Краевой наркологический диспансер» проходят лечение 13 пациентов-родителей, из них 2-е – мужчины, папы. Отделение накапливает опыт, оказывает поддержку всем «бывшим пациентам» и их родным, вносит свою лепту в сокращении масштабов социального сиротства в крае.

## **О РЕЗУЛЬТАТАХ МОНИТОРИНГА НАРКОСИТУАЦИИ НА ТЕРРИТОРИИ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ ПО ИТОГАМ 2015 ГОДА**

Лобанова А.А., Бутина М.А.

*Краевой наркологический диспансер, Чита*

Постановлением Губернатора Забайкальского края от 07 марта 2012 года № 3 (с изменениями, внесенными постановлениями Губернатора Забайкальского края от 07 марта 2013 года № 15, от 26 мая 2014 года № 29) утверждено Положение о государственной системе мониторинга наркоситуации в Забайкальском крае, которое устанавливает цели, задачи и порядок организации мониторинга наркоситуации в крае.

В Забайкальском крае мониторинг наркоситуации осуществляется по итогам года, начиная с 2011 года, с учетом 9 показателей, оцениваемых по 5 критериям: удовлетворительное, напряженное, тяжелое, предкризисное и кризисное состояние. Итоги мониторинга ежегодно заслушиваются на заседании Антинаркотической комиссии в Забайкальском крае.

На 01.01.2016 года в крае зарегистрировано 1234 пациента с синдромом зависимости от наркотических веществ, что на 82 человека больше, чем в 2014 году. На профилактическом учете (употребление наркотиков с вредными последствиями) состоит 4212 человек. В структуре всех наркологических расстройств на потребителей наркотических веществ в 2015 году приходилось 26%, в 2014 году – 24%. Потребители каннабиноидов гашиша составили 82%, опийных наркотиков – 18%.

В соответствии с данными мониторинга наркоситуации в Забайкальском крае, за 3 года первичная заболеваемость наркоманией увеличилась с 4,2 на 100 тыс. населения в 2013 году до 7,4 в 2015 году, т.е. в 1,8 раза, но остается в 2 раза ниже показателя РФ (14,5) и в 2,6 раза ниже показателя СибФО (19,2).

Общая заболеваемость наркоманией в Забайкальском крае в 2015 году составила 113,5 на 100 тыс. населения, что в 1,9 раза ниже уровня РФ (220,3) и в 2,5 раза – СибФО (288,4), и по сравнению с 2013 годом (116,8) наблюдается уменьшение на 2,9%.

Первичная заболеваемость употребления наркотических веществ с вредными последствиями увеличилась на 4,7% – с 107 в 2014 году до 112,11 на 100 тыс. населения в 2015 году. Указанный показатель продолжает быть выше российского (39,3) в 2,9 раза и показателя СФО (42,2) в 2,7 раза. Более 90% пациентов из профилактической группы наблюдения употребляют каннабиноиды.

Суммарный показатель общей заболеваемости (болезненности) наркоманией и употребления наркотических веществ с вредными последствиями в 2015 году по краю составил 500,6 на 100 тыс. населения (в 2014 году – 461,2); превышает показатель РФ (374,6) на 33,6% и показатель СибФО (448,0) на 11,7%.

В 2015 году умер 21 пациент с синдромом зависимости от наркотических веществ, что в 2 раза меньше, чем в 2014 году (43 пациента). Число пациентов с наркоманией, снятых с учета в связи с длительным воздержанием, в 2014 году составило 49 человек, в 2013 году – 44 человека.

В 2015 году в крае зарегистрировано 197 потребителей наркотических веществ, состоящих под наблюдением в наркологических учреждениях края, имеющих ВИЧ-положительный статус, из них 157 – потребители инъекционных наркотиков (в 2014 году – 165 человек).

За 2013-2015 годы на стационарной реабилитации находилось 29 пациентов с синдромом зависимости от наркотических веществ, все пациенты успешно завершили реабилитацию. В 2015 году 1044 потребителя наркотических веществ были включены в программы амбулаторной реабилитации.

Полученные результаты позволяют оценить наркоситуацию в Забайкальском крае в 2015 году, как и в 2014 году как «тяжелую» по показателю общей заболеваемости наркоманией и обращаемости лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями; по показателю первичной заболеваемости наркоманией и первичной обращаемости лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями – как «удовлетворительную».

Проведенный мониторинг наркоситуации в Забайкальском крае свидетельствует о том, что проблема распространения и употребления наркотических средств, психотропных и иных одурманивающих веществ по-прежнему является чрезвычайно актуальной. В качестве основных прогнозируемых тенденций развития наркоситуации на территории края следует выделить сохраняющийся высокий уровень потребления наркотиков каннабисной группы. Продолжится насыщение наркорынка новыми разновидностями психоактивных веществ.

В последние годы в Забайкальском крае осуществляется межведомственный комплексный подход к решению проблем распространения наркомании на территории края. Сформирован региональный сегмент национальной системы медицинской и социальной реабилитации, который включает государственные организации, а также негосударственные некоммерческие организации, осуществляющие реабилитацию и ресоциализацию наркозависимых. На территории края реализуется государственная программа Забайкальского края «Комплексные меры по улучшению наркологической ситуации в Забайкальском крае (2014-2020 годы)».

Для достижения результатов в борьбе с наркотизацией населения, недопущение вовлечения, в первую очередь молодежи, в употребление наркотиков необходима также активная позиция общества и семьи в борьбе с этим злом.

## **ПОРЯДОК ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Лобанова А.А., Игнатъева А.В.

*Краевой наркологический диспансер, Чита*

22 марта 2016 года в Минюсте РФ был зарегистрирован Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 декабря 2015 года № 1034н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и Порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ». Новый приказ признает утратившим силу Приказ Министерства здравоохранения РФ от

15 ноября 2012 года № 929н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «наркология», но не отменяет Приказ Минздрава СССР от 12 сентября 1988 года № 704 «О сроках диспансерного наблюдения больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями».

Новый Порядок диспансерного наблюдения разработан в соответствии с требованиями Федерального закона РФ от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», с учетом Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология», действующих Федеральных стандартов и Клинических рекомендаций (Протоколов).

Порядком оговорено, что диспансерное наблюдение может проводиться только в медицинских организациях, имеющих лицензию на медицинскую деятельность по оказанию услуг по «психиатрии-наркологии», на практике – это амбулаторные кабинеты врача-психиатра-нарколога в центральных районных и краевых больницах, специализированных наркологических диспансерах.

Осуществлять диспансерное наблюдение могут только врачи психиатры-наркологи, только при наличии информированного добровольного согласия в письменной форме. Врачи психиатры-наркологи определяют наличие оснований для организации наблюдения, проводят диагностику наркологических расстройств, профилактические и лечебные мероприятия, медицинскую реабилитацию, а также определяют медицинские показания для направления лиц с наркологическими расстройствами для оказания медицинской помощи в стационарных условиях в экстренной или плановой формах, а при наличии медицинских показаний, направляют на консультацию к врачам-специалистам.

В новом Порядке нет таких понятий как «лица, замеченные в немедицинском потреблении наркотических и других одурманивающих средств», «профилактическое наблюдение», «диспансерный учет».

В новом Порядке отсутствует понятие профилактического наблюдения, как отдельного вида наблюдения, следовательно, разделение на «Д» и «П» группы наркологического учета, существовавшее на практике, в настоящее время не регламентировано. Диспансерное наблюдение – это динамическое наблюдение, в том числе необходимое обследование за состоянием здоровья пациентов в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострения заболевания, иных патологических состояний, их профилактики, осуществления лечения и медицинской реабилитации указанных лиц, а также подтверждения наличия стойкой ремиссии заболевания.

Порядок устанавливает сроки и периодичность диспансерного наблюдения. Новшеством является то, что, срок диспансерного наблюдения для пациентов с синдромом зависимости от наркотических и (или) токсических веществ, также как и для пациентов с алкогольной зависимостью составляет 3 года. Для пациентов, с диагнозом «Употребление с вредными последствиями» срок наблюдения остался прежним – 1 год. Периодичность диспансерных осмотров врачом психиатром-наркологом пациентов, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет, по новому порядку составляет не реже 1 раза в 6 недель, до этого осмотры были регламентированы 1 раз в 8 недель.

Существенным дополнением к Порядку диспансерного наблюдения включены обязательные углубленные медицинские осмотры, не реже, чем один раз в три месяца, включающие в себя определение наличия психоактивных веществ в моче и исследование их уровня, качественное и количественное определение карбогидрат-дефицитарного трансферрина в сыворотке крови, психопатологическое обследование или тестологическое психодиагностическое обследование и психологическое консультирование.

В соответствии с Порядком, решение об изменении сроков диспансерного наблюдения и о прекращении диспансерного наблюдения при наличии подтвержденной

стойкой ремиссии не менее трех лет у лиц с диагнозом «синдром зависимости» и не менее года подтвержденной стойкой ремиссии у лиц с диагнозом «употребление с вредными последствиями» принимает врачебная комиссия.

В тех случаях, когда медицинская организация не может в течение года обеспечить осмотр пациента, несмотря на все принятые меры, решение о прекращении диспансерного наблюдения также принимает врачебная комиссия. Ранее в перечень предпринимаемых мер было включено обращение в органы внутренних дел. В остальных случаях решение о прекращении диспансерного наблюдения принимает врач психиатр-нарколог, в том числе, если пациент оформил письменный отказ от диспансерного наблюдения.

Порядком регламентированы виды документации, которую оформляет врач психиатр-нарколог при осуществлении диспансерного наблюдения, статистический учет и анализ результатов наблюдения. Заместитель руководителя медицинской организации должен проводить анализ результатов диспансерного наблюдения населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации, в целях оптимизации планирования и повышения эффективности диспансерного наблюдения.

Таким образом, новый Порядок диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ, разработан в соответствии с требованиями законодательства, с учетом современных подходов и научных достижений в наркологии.

## **ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ЗАВИСИМОСТЕЙ ОТ СОЦИАЛЬНЫХ ИНТЕРНЕТ-СЕТЕЙ**

Лукин-Григорьев В.В., Строганов А.Е., Стреминский С.Ю.  
*Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул*

Социальная сеть представляет собой интерактивный многопользовательский сайт, содержание которого создается самими участниками сети. Необходимость исследования особенностей взаимодействия личности и Интернет-среды определяется современными условиями массовых коммуникаций, которые активно используют высокие технологии, и соответственно, возможности общения и воздействия людей друг на друга существенно расширяются.

С каждым годом Интернет-пространство все активнее вторгается в жизнь человека. Знакомство с ним происходит уже в детстве; без Интернет-технологий уже невозможно представить обучение в школе и на всех последующих этапах образования, умение работать в сети является обязательным условием для подавляющего большинства видов деятельности в современном мире.

В то же время, благодаря Интернет-общению нарушается традиционный многовековой стиль и стереотипы межличностного общения, характерные для любой классической учебной и профессиональной деятельности, при которых социальные отношения являются основой, а информационная среда – лишь надстройкой (Вересаева О., 1996).

В современных же условиях человек буквально «растворен» в информационной среде и во многом зависим от нее. Постепенно информационная среда приобретает характер основной среды обитания для пользователя компьютером, а межличностные и социальные взаимодействия приобретают характер вторичных, а порою и малозначимых интеракций. Теперь социальная среда приобретает характер надстройки. Таким образом, система отношений «человек-человек» постепенно заменяется системой «человек-



информация» (Вересаева О., 1996). Наиболее чувствительной к этим изменениям является психика детей, подростков и лиц молодого возраста.

Многие исследователи данной проблемы все чаще говорят о том, что социума в его привычной организации больше не существует. Доступность практически любой информации отменяет необходимость прилагать усилия в ее поиске; соответственно, проблемы доступа и распространения информации, различного рода ресурсов, использования сервисов и услуг в сегодняшнем сетевом мире фактически не существует (Чудова И.В., 2002).

Обратной стороной «сетевой культуры» стало появление новых типов и способов социального взаимодействия между индивидами и социальными группами, характеризующихся, в том числе, и социально опасными проявлениями. Эти проявления выражаются в отсутствии системы санкций и контроля над распространением информации любого типа в Интернете, трудностями в определении идеологов и лидеров (Алексеенко Ж.Б., 2009).

За последние годы резко возросло число детей и подростков, которые имеют доступ не только к компьютеру, но и к Интернету, особенно к такой его составляющей, как социальные сети.

С точки зрения достижений научно-технического прогресса социальная сеть – это необходимость, современная реальность, от которой никуда не деться. Но за очевидными позитивными моментами скрывается достаточно много опасностей. Социальные сети сами по себе не являются чем-то однозначно негативным. Возникновение проблем часто обусловлено человеческим фактором, поведением отдельно взятых пользователей (Тихомиров О.К. и др., 2004). Одно из существенных преимуществ социальных сетей – возможность пользователей заявлять о своих интересах и разделять их с окружающими. Социальные сети служат площадкой для неформального общения, помогают создавать творческие продукты, служат эффективным инструментом для поиска друзей и единомышленников. Новое поколение с легкостью восприняло весь многомерный сетевой мир с его неоднозначными последствиями для системы собственных норм, ценностей и установок поведения.

Каковы же особенности формирования зависимости от социальных Интернет-сетей? Тут можно выделить две группы факторов – связанных непосредственно с компьютерной реальностью и с особым характером общения, обусловленным возможностями сети (Юрьева Л.Н., Ботьбот Т.Ю., 2006).

Реальность компьютера (виртуальная реальность) дает возможность человеку с какого-то момента воспринимать и переживать ее не как результат взаимодействия технологий и собственного сознания, а как объективную реальность (Фриндте В., Келер Т., 2000). Этим во многом объясняется увлеченность детей и подростков компьютерными играми.

Особый характер общения в сети дает человеку возможность иначе оценивать себя и свои возможности. Причем эта оценка, как правило, находится в явном несоответствии с реальными возможностями, особенно в непосредственном общении с людьми.

Тем самым Интернет-зависимость можно условно разделить на 2 группы. Первая группа – многопрофильные аддикции (компьютерные игры, шоппинг и прочее). Вторая группа – пристрастие к Интернет-отношениям, перегруженность информацией, хакерство, создание вредоносных программ (Егоров А.Ю., 2007).

Как правило, аддикты второй группы используют компьютер и возможности сети для ухода от реальных проблем, в целях гиперкомпенсации (например, в случае физических недостатков, непризнания окружающих, низкой самооценки) или других более серьезных проблем; длительное время пребывания в сети, не обусловленное профессиональной, научной или иной социальной деятельностью также предрасполагает к формированию соответствующей аддикции.

Для каждого пользователя Интернет становится максимально персонализированным, потому что социальная сеть знает и помнит все о его предпочтениях, формируя вокруг него аутентичную его потребностям среду. Все это приводит к аддиктивному формированию личности. Зависимость от социальных сетей может стать новой точкой кристаллизации «Я», на фоне которой предыдущая жизнь воспринимается серой и обыденной. Полностью погружаясь в существование в социальных сетях, и достигая там определенных успехов, человек, таким образом, виртуально реализует большую часть существующих потребностей (Юрьева Л.Н., Ботьбот Т.Ю., 2006).

Таким образом, можно выделить основные факторы, формирующие зависимость от социальных Интернет-сетей:

- отсутствие системы санкций и контроля над распространением информации любого типа в Интернете;
- уникальная возможность перенестись в мир иллюзий и грез, большая свобода поведения;
- искаженная оценка своих возможностей чаще всего в сторону преувеличения;
- фокусирование интересов в сфере компьютерных технологий и резкое сужение круга всех остальных интересов;
- избирательное изменение эмоциональности в ситуации вовлеченности в виртуальное пространство и утрата эмоциональности при включении в реальную ситуацию;
- использование возможностей Интернета как преобладающего средства коммуникации;
- создание и эксплуатация виртуальных образов крайне далеких от реальных характеристик;
- тяжело воспринимаемая ситуация обходиться без сети (оффлайн).

Полностью погружаясь в существование в социальных сетях, и достигая там определенных успехов, человек, таким образом, виртуально реализует большую часть существующих потребностей.

## **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ МЕТОДОМ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ**

Морицан И.В.

*Краевой наркологический диспансер, Чита*

К важнейшим социальным аспектам никотиновой зависимости следует отнести необычайно широкую ее распространенность, в сравнении с другими зависимостями. Помимо многочисленных экспериментальных доказательств вреда курения табака, установлены сильные корреляции между никотиновой зависимостью и рядом сердечно-сосудистых, нервных, желудочно-кишечных и бронхо-легочных заболеваний. Сниженный иммунитет, с одной стороны, и наличие канцерогенов в продуктах сгорания табака, с другой, объясняет высокую частоту злокачественных новообразований у потребителей табака.

С отсутствием систематизированных представлений о патогенезе табачной зависимости связана недостаточная эффективность современных методов лечения, к которым относятся, в первую очередь, психотерапевтические и медикаментозные методы лечения (Филатов Л.Т., Андрух Г.П., 1977; Шутеева Л.В. и др., 1991). С несколько

большим эффектом при никотиновой зависимости применяется рефлексотерапия (Руднев С.Г., 1981; Мачерет Е.Л., Самосюк И.Э., 1989). Однако механизмы ее действия до сих пор мало изучены, хотя считается, что рефлексотерапия обладает нормализующим влиянием рефлекторных воздействий на функционирование различных отделов нервной системы, в частности, лимбико-ретикулярного комплекса, который активно вовлекается в патологическую функциональную систему, возникающую при табакокурении. Под влиянием рефлексотерапии происходит выделение эндогенных опиатов, улучшается трофика тканей, повышается иммунологическая реактивность организма. Рефлексотерапия оказывает анальгезирующее и седативное действие. Важным преимуществом рефлексотерапии является отсутствие дополнительного токсического воздействия на организм больного, характерного для медикаментозного лечения.

Кроме того, рефлексотерапия может помочь разрушить сложившиеся патологические связи, формирующие различные патологические функциональные системы. Как известно, на всякую привычную деятельность у человека создается программа, зафиксированная в определенных структурах мозга в виде функциональных прочных связей. Воздействие на кожные зоны, имеющие тесную рефлекторную связь с соответствующими структурами мозга, может влиять на эти программы и таким образом удаётся изменить привычный стереотип потребления табака.

Замечено, что наибольший эффект при лечении табакокурения методом рефлексотерапии наблюдается у больных с длительным стажем курения и сформированным синдромом отмены.

С мая 2014 года на базе ГУЗ «Краевой наркологический диспансер» проводится лечение никотиновой зависимости методом рефлексотерапии. Для этих целей создан кабинет врача-рефлексотерапевта, который оснащен необходимым оборудованием и процедурный кабинет.

Курс акупунктуры, направленный на купирование табачной зависимости, состоит из 3-5 (реже 7) процедур стимуляции аурикулярных и корпоральных точек. Обязательным условием является 10-ти часовое воздержание от курения перед первой процедурой, что сопровождается развитием элементов абстинентного синдрома. Аурикулотерапия проводится по стандартной методике (метод Бурдиоля) с добавлением АТ 51, 55, 101 на другой стороне. Из корпоральных точек используются VB7, VB8, GI20, PC3, GI4, E36 и внеканальная точка тянь-вэй, которая дает хороший результат. Время стимуляции точек доходило до 45 минут. На последнем сеансе для закрепления эффекта ставились иглы-клипсы в АТ 55 и 101 на 4-5 дней.

Помимо этого, курильщикам назначался сублингвально глицин по 0,3 г/сут., настой чабреца по ½ стакана 3 раза в день.

#### **Оценка эффективности лечения:**

У 60% курильщиков уже после 1-2 процедур резко снижается желание курить, и они достаточно легко уже после второго сеанса обходятся без сигарет. В последующие дни у отдельных лиц периодически возникало влечение к никотину, но оно было менее выражено и легко подавлялось.

У 40% курильщиков лечение оказалось недостаточно эффективным. Во время проведения сеансов рефлексотерапии они достаточно легко обходились без сигарет, а после прекращения лечения влечение к никотину возрастало.

Таким образом, метод рефлексотерапии в комплексном лечении никотиновой зависимости является эффективным, требует дальнейшего использования, особенно в отношении пациентов с выраженным синдромом отмены.

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Нечаева Т.О.

*Краевой наркологический диспансер, Чита*

Медико-социальная реабилитация наркологических больных представляет собой последовательный этап реализации комплекса лечебных мероприятий с подключением в соответствующий период времени мероприятий по социальной адаптации и реинтеграции наркологических больных в общество. В этой связи важным является межведомственное взаимодействие при организации преемственности этапов лечения и собственно реабилитации, позволяющие достигать максимальную эффективность в формировании ремиссии у наркологических больных.

В 2015 году ФСКН России разработан проект федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации с целью создания системы комплексной реабилитации и ресоциализации лиц, допускающих незаконное потребление наркотических средств или психотропных веществ и больных наркоманией». В частности, речь идет о внесении изменений в Федеральный закон от 8 января 1998 года № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах».

Законопроектом предусмотрен ряд мероприятий по комплексной реабилитации и ресоциализации потребителей наркотических средств и больных наркоманией, в частности, обеспечение эффективности и доступности данных услуг, а также сокращение масштабов незаконного потребления наркотиков и увеличение числа лиц, прекративших и длительное время (более 3-х лет) их не употребляющих.

Создание регионального сегмента Национальной системы комплексной реабилитации лиц, потребляющих наркотические средства и (или) психотропные вещества без назначения врача, обусловлено необходимостью реализации Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года, а также подпрограммы «Комплексная реабилитация и ресоциализация лиц, потребляющих наркотические средства и психотропные вещества в немедицинских целях» государственной программы «Противодействие незаконному обороту наркотиков», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 года № 299.

Важным в данном аспекте является привлечение негосударственных общественных организаций, которые могут оказывать услуги по социальной реабилитации и ресоциализации на региональном уровне.

Поддержка социально ориентированных негосударственных организаций в Забайкальском крае осуществляется в соответствии с Законом Забайкальского края «О государственной поддержке социально ориентированных некоммерческих организаций в Забайкальском крае» от 24 ноября 2010 года № 432-ЗЗК.

В целях совершенствования комплексной реабилитации и ресоциализации лиц, потребляющих наркотические средства в Забайкальском крае, принято постановление Правительства Забайкальского края от 11 марта 2016 года № 99 «О некоторых вопросах оказания услуг по социальной реабилитации и ресоциализации с использованием сертификата лицам, потребляющим наркотические средства и (или) психотропные вещества без назначения врача, на территории Забайкальского края» (далее-Постановление).

Данное Постановление определяет процедуры оказания услуг по социальной реабилитации с использованием сертификата наркопотребителям, предоставления субсидий из бюджета Забайкальского края организациям в целях возмещения затрат на предоставление указанных услуг, а также проведения квалификационного отбора

организаций социальной реабилитации и ресоциализации лиц, потребляющих наркотические средства и (или) психотропные вещества без назначения врача.

Прописанный в Постановлении механизм предусматривает возможность целевого выделения денежных средств на оплату курса реабилитации конкретному потребителю наркотиков, а также осуществления контроля над эффективностью их использования, что в конечном итоге направлено на доступность и качество услуг в сфере комплексной реабилитации и ресоциализации лиц, потребляющих наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача.

Кроме того, Постановлением определен уполномоченный орган исполнительной власти Забайкальского края – Министерство социальной защиты населения Забайкальского края, на которое возлагается организация межведомственного взаимодействия в сфере социальной реабилитации наркопотребителей.

Вместе с тем, в настоящее время существует ряд проблем по реализации данного Постановления.

В первую очередь, не определены объемы и источники финансирования сертификатов на оплату услуг по социальной реабилитации наркопотребителей. По опыту ряда регионов, стоимость пребывания в центре реабилитации составляет в среднем 30 тысяч рублей в месяц. С учетом предусмотренной Постановлением предельной продолжительности оказания услуг по социальной реабилитации и ресоциализации с использованием сертификата (до 180 календарных дней), общая стоимость пребывания в центре реабилитации одного наркопотребителя составит 180 тысяч рублей.

Во-вторых, данные мероприятия будут направлены только на потребителей наркотических средств и больных наркоманией, и не могут быть экстраполированы на больных алкоголизмом. Вместе с тем, в структуре всех наркологических больных свыше 70% составляют именно больные алкоголизмом и лица, употребляющие алкоголь с вредными последствиями.

И в-третьих, следует отметить, что предусмотренные Постановлением критерии и методы оценки деятельности организаций социальной реабилитации и ресоциализации с использованием сертификата лиц, потребляющих наркотические средства и (или) психотропные вещества без назначения врача, на территории Забайкальского края включают в себя 28 позиций. Среди них такие критерии, как наличие благоприятных территориальных, экологических условий размещения и необходимого оборудования организации; соответствие противопожарным, санитарно-гигиеническим нормам и правилам помещений, порядка организации размещения, питания, водоснабжения, банно-прачечного обслуживания; наличие устава организации, в котором предусмотрены цели и задачи, оказание социальных услуг по реабилитации и ресоциализации потребителей наркотических средств с обеспечением проживания или без проживания и т.д. В совокупности, такое количество требований, может негативно сказаться на мотивации негосударственных общественных организаций участвовать в отборе на право предоставления услуг по социальной реабилитации и ресоциализации.

Министерством здравоохранения Забайкальского края определены медицинские организации, уполномоченные осуществлять лечение и медицинскую реабилитацию лиц, изъявивших желание добровольно пройти курс лечения от наркомании и медицинскую реабилитацию, в том числе по решению суда получивших отсрочку наказания, а также, осужденным без изоляции от общества.

Начальный (мотивационный) этап стационарной медицинской реабилитации пациентов с наркологическими расстройствами оказывается на базе наркологических отделений ГУЗ «Краевой наркологический диспансер», ГУЗ «Краевая клиническая больница № 4», ГУЗ «Балейская ЦРБ», «Борзинская ЦРБ» и «Петровск-Забайкальская ЦРБ».

Специализированная стационарная помощь по медицинской реабилитации пациентов наркологического профиля оказывается в отделении медико-социальной реабилитации ГУЗ «Краевой наркологический диспансер», рассчитанном на 25 коек.

Всего в 2015 году стационарную реабилитацию прошли 212 пациентов, из них 87,7% (186 пациентов) успешно ее завершили.

Амбулаторная медицинская реабилитация наркологических пациентов оказывается в 34 кабинетах врача психиатра-нарколога при центральных районных больницах, ГУЗ «Краевая больница № 3», ГУЗ «Краевая больница № 4», а также в ГУЗ «Краевой наркологический диспансер». В 2015 году в программу амбулаторной реабилитации были включены 1710 пациентов с наркологическими расстройствами, из них 27,4% (468 человек) успешно завершили реабилитационную программу.

Социальная, социально-психологическая и социально-трудовая реабилитация зависимых в Забайкальском крае осуществляется в ГУСО «Центр психолого-педагогической помощи населению «Доверие», отделении социально-трудовой реабилитации ГУСО «Солнышко», а также в негосударственных общественных организациях: Забайкальской региональной общественной организации «Центр социальной поддержки «Родители против наркотиков», кризисном центре местной религиозной организации Церкви христиан веры евангельской «Краеугольный камень», Читинском филиале Ангарской городской благотворительной общественной организации «Выбери жизнь», в филиале межрегиональной общественной организации Центр восстановления личности «Путь к свободе», в Забайкальском благотворительном фонде помощи лицам, попавшим в трудную жизненную ситуацию «Возвращение», общественных организациях анонимных алкоголиков и анонимных наркоманов. Однако, в настоящее время ни одна из перечисленных общественных организаций не соответствует критериям и методам оценки деятельности организаций социальной реабилитации и ресоциализации с использованием сертификата, предусмотренным Постановлением.

В марте 2016 года состоялось первое заседание антинаркотической комиссии Забайкальского края, на которой был рассмотрен вопрос о реализации мероприятий по созданию регионального сегмента Национальной системы комплексной реабилитации и ресоциализации. Министерству социальной защиты населения Забайкальского края поручено создать рабочую группу для отбора организаций, оказывающих услуги наркопотребителям по социальной реабилитации и ресоциализации с использованием сертификата.

Таким образом, для дальнейшего совершенствования помощи наркологическим больным целесообразным является дальнейшее развитие как медицинской, так и социальной реабилитации наркологических больных, с их дальнейшей адаптацией и реинтеграцией в общество. В этой связи, на региональном уровне должны быть определены объемы и источники финансирования сертификатов на оплату услуг по социальной реабилитации наркопотребителей; услуги по социальной реабилитации и ресоциализации с использованием сертификата должны предоставляться больным с синдромом зависимости от алкоголя, а также быть привлекательны и выполнимы для негосударственных общественных организаций.

Решение данных вопросов поможет расширить перечень предоставляемых услуг по социальной реабилитации и ресоциализации, ориентированных для достижения максимальной эффективности в формировании ремиссии у наркологических больных.

## **ДЕМЕНЦИЯ – ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ, СТИГМАТИЗАЦИИ, ЭТИКИ И ПРАВА**

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

*Самарский государственный медицинский университет, Самара*

*Самарский психоневрологический диспансер, Самара*

Продолжительность жизни современного человека поставило перед человечеством новые социальные проблемы, которые потянули за собой новые медицинские, психологические, организационные и нормативно-правовые проблемы, а, соответственно, необходимость по-новому взглянуть на возникшие и нарастающие проблемы. И одной из основных стала проблема деменций.

Выход психиатрии из периода долговременной госпитализации на преимущественно амбулаторные виды помощи, вызвало необходимость реорганизации психиатрической помощи с выходом в общемедицинскую сеть, с ранней диагностикой психических и поведенческих расстройств врачами общей практики и другими специалистами, включая медицинских психологов. Однако прогрессивные тенденции самой психиатрии вызвали новые тенденции не только в психиатрии, но и в медицине в виде депсихиатризации психиатрической помощи, отстранение психиатра от ведущей роли в диагностическом и терапевтическом процессах. В частности, такой конфликт постепенно нарастает между неврологами и психиатрами. Первые не только широко диагностируют когнитивные расстройства, «мягкие» деменции, но и активно их лечат, проводя достаточно широко исследовательские работы, преимущественно с опорой на нейропсихологический, а не неврологический (тем более клинко-психопатологический) метод и даже предлагают различные классификации синдрома деменции. При этом совершенно игнорируется, что синдром деменции в МКБ-10 (в отечественной психиатрии, в частности) описан в разделе F, в частности F 01-03.

Когнитивная психология возникла на стыке информатики, психофизиологии и психологии познания для изучения и обоснования пространственно-векторных процессов мозга в процессе системно-динамической модели когнитивных процессов. Сегодняшняя когнитивная психология преимущественно изучает когнитивные процессы: восприятие, память, внимание, распознавание конфигураций, решение мыслительных задач, психологические аспекты речи, когнитивное развитие и другие феномены, рассчитывая перейти от когнитивных феноменов к когнитивным законам и когнитивным константам. Познавательные процессы – это обычно не только психологические операции, совершаемые в голове индивида (пациента), но и акты психического взаимодействия с миром, которое не просто информирует человека, обеспечивает его знаниями, но и трансформирует, развивает его или их нарушения искажают познавательные феномены у пациента, делая их качественно и количественно другими (патологическими), искажающие взаимодействие субъекта с миром.

В психологии, как, впрочем, и во всех науках о человеке, включая медицину, отсутствует единая непротиворечивая теория. Наиболее эвристичным и открытым на данном этапе развития психологии и ее использования в медицине представляется эволюционно-системный подход и, в частности, его вариант системно-динамический особенно в использовании в психиатрии через клиническую патопсихологию и в неврологии через нейропсихологию. В неврологии и в психиатрии происходит нарушения системной организации психической деятельности, преимущественно количественные в единстве с неврологическими расстройствами в неврологии и качественно-количественные в единстве с психопатологическими расстройствами в психиатрии. К настоящему времени мало кто сомневается в том, что когнитивные нарушения встречаются не только при органических, включая симптоматических, психических

расстройствах, но и при эндогенных (шизофренических, аффективных, шизоаффективных) и психогенных расстройствах, причем не только когнитивных процессов, но и когнитивного развития, стиля и профиля. И все они ни в коем случае не могут быть сведены к количественной сумме когнитивных психофеноменов.

Опора только на психологические методики исследования когнитивных процессов в ущерб сочетания клинико-психопатологическому, клинико-психологическому и клинико-неврологическому системному анализу клинической картины болезни приводит к грубым ошибкам диагностики. Так, например, когнитивные расстройства при апатической депрессии оцениваются как умеренная деменция, а когнитивные расстройства при протрагированной астении – от выраженных когнитивных расстройств до деменции. Опасность использования психодиагностических тестов для диагностики когнитивных расстройств вплоть до деменции обусловлено, с одной стороны, «простотой» теста, с другой – «модой» на использование их неспециалистами, в частности, врачами, без учета всей системы обследования для диагностики и, в первую очередь, клинической и особенно экспертной.

Деменция – это стойкий, практически необратимый симптомокомплекс когнитивных, эмоциональных, поведенческих и личностных расстройств, приводящих к стойке утрате трудовых, социальных и индивидуально-личностных проявлений человека. В основе синдрома деменции всегда лежат экзогенно-органические причины повреждения различных областей головного мозга, что собственно и определяет проявления психических и неврологических симптомов и синдромов. Учитывая, что психические процессы, состояния и образования, включая личность, являются психической функцией головного мозга, психические расстройства появляются за долго до отчетливых неврологических симптомов и синдромов.

К настоящему времени сложилась следующая ситуация с терминологией, а соответственно и осмыслением ведущей органической симптоматики. Одновременно последние 30 лет существуют психические расстройства, наблюдающиеся при органическом психосиндроме (отечественная психиатрия – экзогенно-органические заболевания, геронтопсихиатрия, нейропсихиатрия; DSM-III, DSM-III-R, ICD-9 (МКБ-9)), органические, включая симптоматические, психические расстройства ICD-10 (МКБ-10); а в DSM-V данные расстройства распределены по двум категориям: Б. Делирий, деменция, амнестические и другие когнитивные расстройства и В. Психические расстройства, обусловленные соматическими и неврологическими заболеваниями.

Между тем, ни в МКБ-10, ни в отечественной психиатрии не существует градации синдрома «деменции» на этапы (стадии) как это делают неврологи, нейропсихологи и даже отдельные психиатры, которые опираются на целый ряд психологических тестов и шкал. В МКБ-9 использовался термин «психоорганический синдром», который в отечественной и зарубежной психиатрии имеет целый ряд вариантов по степени прогрессивности органического заболевания. Сходная классификация в неврологии имеет аналогичное понятие «энцефалопатия» (энцефалопатический синдром).

Большинство отечественных психиатров (Малкин П.Ф., 1968; Снежневский А.В., 1960-1980; Ушаков Г.К., 1987; и др.) рассматривали механизм синдромогенеза как принципиально единый для психического заболевания, который может быть представлен и невротическим, и психотическим уровнем. А, следовательно, и на позитивном и негативном уровнях могут развиваться практически любые психопатологические синдромы органической природы вплоть до развития деменции.

При органических психических расстройствах в рамках МКБ-10 встречается весь спектр позитивных и особенно негативных расстройств. Если сравнить шкалы позитивных и негативных синдромов с группой F0 МКБ-10, то выяснить много весьма близкого, особенно при выделенных нозологических единицах (например, F0x.xx0 – в связи с травмой головного мозга и др.).



Проблема еще больше усложняется, если учесть, что диагностика синдрома деменции влечет за собой решение целого ряда социальных, психологических и правовых вопросов, в частности проведение судебно-психиатрической экспертизы в уголовном и гражданском процессах, участие в которой невролога не предусмотрено законом. Согласно Закону РФ «О психиатрической помощи...» при постановке синдромального диагноза «деменция» происходит психиатрическое освидетельствование (ст.23) врачом неспециалистом и нарушается ст.19, которая отдает это право только врачу-психиатру и ст.18 об учреждениях и лице, оказывающих психиатрическую помощь, её видов (ст.16), гарантируемых государством. Право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью имеет врач с сертификатом специалиста (ст.54 Закона «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан») и лицензией (ст.55). Понятие «специалист» раскрывается в ст.58 УПК РФ. Естественно, что, например, неврологи являются специалистами в области неврологии, но не психиатрии. Они пользуются клиническим неврологическим методом исследования, а в качестве доказательств нарушений психической (когнитивной) деятельности при синдроме деменции приводят не клинические, а экспериментально-психологические (нейропсихологические) данные, являющиеся психологическим методом, а не клиническим, т.е. диагностика проводится и используется неспециалистом - клиническим психологом, а лицом, не имеющим на то ни сертификата, ни лицензии. Подмена диагностики легких и умеренных когнитивных (или личностных, негативных) расстройств на диагностику легкой (мягкой) и умеренной деменции это не просто смена термина, это грубая стигматизация и дискриминация пациента во всей его биопсихосоциальнодуховной парадигме как в медицине, так и в обществе, несмотря на все «достижения» психофармакологии.

Разработка единой синдромальной классификации расстройств, преимущественно познавательных (когнитивных, интеллектуальных, личностных, негативных) нарушений имеет не только семантическое, но и личностное, социальное, этическое и правовое значение.

Национальный проект «Здоровье», акцент здравоохранения на офис врача общей практики, проникновение психиатрических знаний в общемедицинскую практику, с первой стороны, требуют разработки ранней клинической диагностики когнитивных, поведенческих и личностных расстройств и ранней их терапии также в общемедицинской сети; с второй – требует помощи от специалистов и «щадящей» терминологии и методологии; с третьей – сохранение здоровой («счастливой») старости или «отсрочку» и замедление темпа развития когнитивных расстройств, не допуская развитие деменции.

**ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО – ДЕПРЕССИВНАЯ БОЛЕЗНЬ (ЭПИЗОД) –  
ДЕПРЕССИВНАЯ РЕАКЦИЯ – «ДЕПРЕССИВНОЕ» НАСТРОЕНИЕ  
(ВОПРОСЫ НОРМЫ И ПАТОЛОГИИ)**

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

*Самарский государственный медицинский университет, Самара*

*Самарский психоневрологический диспансер, Самара*

Изменения настроения (аффекта, эмоций) пронизывает всю биопсихосоциальнодуховную 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 увеличения 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 мировой финансовой спада («депрессии»), социального и психического терроризма, глобализации, безработицы, болезни, разрушения института семьи и общины, личностной и профессиональной не удовлетворенности, отражающихся на представления 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.

Начиная с 74 года XX столетия до настоящего времени, сотрудники кафедры СамГМУ исследовали и исследуют депрессивные расстройства. Нами был возвращен интерес психиатров к маскированным (ларвированным, соматизированным) депрессиям и намечены критерии диагностики и терапии (Носачев Г.Н., 1976-2015). Нами также одними из первых стали применяться для немедикаментозного лечения депрессивных расстройств депривация ночного сна и фототерапия (Носачев Г.Н., 1980-2012). И те, и другие исследования показали различия депрессивных расстройств эндогенной и психогенной природы, не эффективность депривации ночного сна и фототерапии при эндогенных депрессиях.

Показана роль этологическая составляющая комплексного клинко-психопатологически-этологического метода для исследования ряда дополнительных объективных признаков в клинической картине аффективных нарушений (Носачев И.Г., 1996-2015). Обнаружение элементов невербального поведения (НП) в рамках депрессивных расстройств способствует более глубокой их дифференциальной диагностике, как по виду депрессивных состояний, так и по их нозологической принадлежности. Наиболее значимые различия по НП отмечаются в зависимости от тяжести депрессивного эпизода, а также по ведущему депрессивному аффекту.

Для простых форм поведения при депрессивном эпизоде характерно увеличение индивидуального расстояния, отсутствие приветствия на расстоянии, боковая позиция в ориентации; гипомимия, сопряженная со страданием, виной, печалью; диссоциированные формы улыбки; избегание глазного контакта; жесты покорности, отстраненности, латентной тревоги.

Из сложных форм поведения при депрессивном эпизоде отмечается сон с проявлениями печальной или тревожной мимики, скорби и тенденцией к эмбриональной позе; походка вялая, замедленная, нередко угловатая, лишённая грации; мало внимания уделяется одежде, грумингу с тенденцией к стереотипизации; имеет место 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.

По отношению к нозологической принадлежности депрессии отмечаются наименьшие различия в невербальном поведении. Тем не менее, такие различия выявляются между психогенными и эндогенными депрессиями. Для больных с эндогенными депрессиями в НП характерны складка Верагута, опущенные плечи и голова, снижение или отсутствие сочтанности и гармоничности жестового, мимического и локомоторного компонентов моторики, тенденция к подчинению. При психогенных

депрессиях отсутствуют поведенческие расстройства, свойственные эндогенным депрессиям. Для них более характерны гармоничность и зависимость мимических, жестовых, локомоторных компонентов не только от аффекта, но и от личностных реакций и затрагивания психотравмирующей ситуации.

При эндогенных депрессиях сложные формы НП представлены в полном объеме, а при психогенных и носят фрагментарный характер. Выделены «гармоничный» и «дисгармоничный» варианты обратного развития депрессивных эпизодов в процессе фармакогенной и нефармакогенной терапии. При терапии антидепрессантами отмечены гармонические варианты обратного развития депрессии, причем не только общих признаков депрессивного синдрома, но и НП во всех трех анализируемых формах поведения; особенно отчетливо данная динамика свойственна тоскливому и тревожному варианту и менее – апатическому, независимо от нозологической принадлежности.

Для терапии депрессии депривацией ночного сна (ТДС) 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. Фототерапии (ФТ) тоже свойственен в целом «гармоничный» вариант динамики, однако лишь при лёгком и умеренном депрессивном эпизоде эндогенного происхождения. Ни ТДС, ни ФТ не оказались достаточно эффективными при психогенных депрессиях во всех трёх вариантах и сопровождались «дисгармоничным» вариантом обратного развития депрессивных эпизодов.

Нами (Дубицкая Е.А. и др., 2006-2015) изучалась степень стигматизации больных депрессией в социальных группах (врачи, психологи, осборная, родственники, больные) населения. Выявлены различия, которые зависят от принадлежности респондента к определённой профессии, уровня образования, возраста, самого индивида и опыта его общения с больными.

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.

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. При этом диагностика клиническая все больше подменяется диагностикой психологической и сводится не к оценке клинической картины в целом в единстве всех биопсихосоциальных механизмов болезни, а только к проведению психологической диагностики. Последнее двадцатилетие

практические психологи все человеческие проявления гипотимического уровня стали называть депрессией, практически «позабыв» все остальные варианты нормального снижения настроения (отрицательных эмоций) в обыденной жизни (хотя бы по Изарду – страдание, гнев, отвращение, презрение, стыд, страх, вина, отвращение, стыд, раскаяние, презрение или фрустрационные эмоции С. Розенцвейга – обида, разочарование, досада, гнев, иступление, печаль, уныние, горе). Параллельно психологами и психиатрами выделяются еще целый ряд синдромов (реакций), где 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 личность 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. Сведение терапии аффективных расстройств только к психофармакотерапии существенно обедняет, а соответственно и снижают эффективность, продолжительность ремиссии и не способствует комплайнсу, так необходимому при аффективных нарушениях, особенно депрессивных эпизодов.

## **НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ ЭТОЛОГИЯ (ПОВЕДЕНИЕ) КАК НОВАЯ ПАРАДИГМА В СОЦИАЛЬНОЙ НАРКОЛОГИИ**

Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Киселева Ж.В.

*Самарский государственный медицинский университет, Самара  
Самарский областной наркологический диспансер, Самара*

Вопросами поведения человека (этологии) в той или иной степени занимается целый ряд аксиологических наук, в том числе социология, социобиология, социальная психология, девиантология и др. Но до настоящего времени этология человека в норме и патологии, здоровье и болезни остается «золушкой» для клинических и социальных психиатрии и наркологии. Хотя на уровне впечатлений и отдельных наблюдений нет сомнений, что поведенческие деформации, стереотипы и расстройства, т.е. поведенческая патология в широком смысле, лежат в основе большинства наркологических заболеваний МКБ-10 раздел (глава) V (F) «Классификация психических и поведенческих расстройств», включая «Клинические описания и указания по диагностике» под редакцией Ю.Л. Нуллера и С.Ю. Циркина (1994) среди «проблем терминологии» не разъясняет (описывает, интерпретирует), а только упоминает поведенческие расстройства.

Последние 10 лет В.Д. Менделевич (2007-2014) уделяет пристальное внимание патологии поведения при основных наркологических заболеваниях, выделяя преморбидные, первичные, вторичные и третичные поведенческие расстройства, опираясь преимущественно на клинко-психопатологический и клинко-психологический методы. Между тем, «вся методическая база, а также фактические исследования в области этологической психиатрии в основном были созданы в содружестве крымских психиатров и антропологов МГУ с 1985 по 1996 гг.» (Самохвалов В.П., 2011, с. 28-29), а развитое

А.Н. Корнетовым и В.П. Самохваловым направление позволило говорить в клинко-этиологическом методе в психиатрии (Коробов Н.А., 1991).

**Цель сообщения** – привлечь внимание наркологической исследовательской общественности к возможностям клинко-этиологического метода в исследовании патологии поведения и его роли в возникновении, развитии, динамике и последующей реабилитации у водителей в период освидетельствования. С позиций методология этиологических исследований предлагается два пути: а) поведение можно рассматривать в каналах коммуникации (ольфакторное, аудиальное, визуальное, тактильное, социальное). При этом фиксируется либо каждый из каналов, либо сразу несколько каналов. Такая запись поведения (этограмма) аналогична музыкальной партитуре и доступна математическому анализу; б) поведение можно рассматривать по аналогии с речью, т.е. как особый язык невербального общения. Тогда оно складывается из единиц (признаков), групп единиц (паттернов) и сложных форм (контекстов), под которыми понимают биологический смысл поведения.

Было проведено обследование 300 освидетельствуемых на состояние алкогольного опьянения (легкая степень алкогольной интоксикации) (все мужчины в возрасте от 20 до 55 лет). Для выполнения задач исследования и соблюдения принципа однородности материала включены мужчины с легкой степенью опьянения, исключались больные алкоголизмом в состоянии абстиненции и выраженными соматическими и неврологическими симптомами. Контрольная группа включала 60 лиц без алкогольного опьянения. В работе анализированы преимущественно данные клинко-психопатологического метода с выделением клинко-этиологической составляющей и экспериментально-психологического – индивидуально-типологический опросник (ИТО, методики самооценки и условного двойника (Лурия Р.А., 1972; Чудновский В.С., Носачев Г.Н., 1982-2014).

Выделено пять вариантов алкогольного опьянения (интоксикации): типичный – эйфорический и атипичные – дисфорический, депрессивный (дистимический) и маниакальнопообный и истерический (по 60 человек).

Этиологическая составляющая комплексного клинко-психопатологически-этиологического метода исследования позволяет выявить ряд дополнительных объективных признаков в клинической картине типичного и атипичных вариантов алкогольного опьянения. Обнаружение элементов невербального поведения (НП) в рамках типичного и атипичного вариантов опьянения способствует более глубокой их дифференциальной диагностике состояния опьянения. Наиболее значимые различия по НП отмечаются в зависимости от ведущего аффекта: при гипотимном – дисфорическом и дистимическом, гипертимном – эйфорическом и маниакальноподобном и смешанном – истерическом вариантах опьянения.

Исследование индивидуально-психологических особенностей у освидетельствуемых проводилось с помощью индивидуально-типологического опросника (203 человека). Исследование респондентов основных групп при помощи ИТО показало, что усреднённый профиль освидетельствуемых, характеризовался следующими особенностями:

- наиболее выражены в усредненной группе освидетельствуемых показатель профиля «ложь» (средний показатель – 7,5 баллов), который формирует не столько «портрет» потребителя алкоголя, сколько отражает ситуацию самого освидетельствования, угрозы административного наказания и сам факт «несправедливого» задержания личности. Личность находится в ситуации «необходимой обороны» и казалось в состоянии фрустрации, а, следовательно, можно было бы ожидать роста по шкалам «тревожности» и «сензитивности», но эти показатели личности освидетельствуемого представлены слабо, так как «перекрыты» алкогольным опьянением и несколько выше при атипичных (дисфорический и депрессивный) вариантах;

- практически отсутствуют показатели профиля «аггравация» (0,5 балла), что коррелирует с высокими показателями по шкале «ложь». Отдельные варианты аггравации встречались при эйфорическом и депрессивном вариантах опьянения;

- относительно высокие показатели по шкале «агрессивность» (5,7) в усредненном портрете освидетельствуемого по ИТО не зависимо от типичного или атипичного варианта опьянения. Можно было ожидать, что в ситуации освидетельствования «агрессивность» будет выше, а выше оказались показатели по шкале «ложь». По-видимому, с одной стороны сдерживающими обстоятельствами является присутствие сотрудников милиции и медицинских сотрудников, с другой – «заинтересованность» скрыть состояние алкогольного опьянения и факт возможного конкретного административного нарушения;

- не менее высокий показатель по шкале «спонтанность» (4,9), который указывает на стремление освидетельствуемого доказать, убедить, обмануть, откровенно диссимулировать состояние алкогольного опьянения и демонстрировать «нормальное» поведение;

- показатели по шкалам ИТО «экстравертированность» (4,7) и «интравертированность» (3,3) соответствуют ожидаемым показателям, что преимущественно это должны быть личности экстравертированно чувственного типа, т.е. человек активный, общительный, дружелюбный, легко попадающий под влияние друзей, любит компанию, её организовывать и вести за собой. Показатель «экстравертированность» чаще встречался при эйфорическом и маниакальноподобном вариантах опьянения. Однако среди атипичных вариантов алкогольного опьянения (дисфорический и депрессивный) 66 освидетельствуемых имели гипотимный фон настроения, что коррелирует с интравертированностью личности...

- относительно высокие показатели по шкале «ригидность» (5,3 балла) в усреднённом портрете по ИТО свидетельствуют о наличии таких индивидуально-психологических особенностей, как застреваемость и инертность установок личности, склонной к педантизму, подозрительности и настороженности в отношении всего, что касается его освидетельствования;

- наименее выражены показатели по шкалам «тревожность» (3,4), «лабильность» (3,5) и «сензитивность» (3,3).

Таким образом, можно выделить усреднённый психологический портрет по ИТО освидетельствуемого на состояние алкогольного опьянения, которое было подтверждено лабораторными данными, характеризуется противоречивыми тенденциями личностных устремлений: с одной стороны – лживостью, сочетающейся с достаточно высокой агрессивностью, и стремлением скрыть состояние алкогольного опьянения, спонтанностью и легкой внушаемостью, застреваемостью и инертностью, ригидностью самооценки и мотивации, потребностью в высоких личных результатах, социальной активности и спонтанностью асоциального поведения, с другой стороны – экстравертированностью в сочетании с гипертимным фоном опьянения и интравертированностью в сочетании с гипотимным, включая неуверенность в себе, тревожной мнительностью, настороженностью, застреваемостью и инертностью установок на фоне средне выраженной эмоциональной лабильности. Такое сочетание личностных тенденций отражало не столько личностные характеристики освидетельствуемых, сколько характерно для ситуации самого освидетельствования и привлечения к административной ответственности и, в первую очередь, для комплекса «синдром (вариант опьянения) – личность – ситуация», где ситуация носит довольно стабильный асоциальный характер.

Выделены следующие варианты попыток скрыть (отрицать) алкогольное опьянение: парциальная и тотальная анозогнозия псевдорациональная, конвенционально-камуфлирующая, ретроанамнестическая анозогнозии.

Следовательно, в системе «вариант опьянения – личность – ситуация» диссоциальное поведение освидетельствуемых, в первую очередь, зависит от личности, ее критичности (осознание поведения, внутренняя картина здоровья), психологических защит, которые мешают личности и совладению, и управлению, и прогнозированию поведения по времени приема алкоголя, так и по поведению в ситуации медицинского освидетельствования, т.е. отсутствует копинг-стратегия поведения в связи со слабым прогнозировании последствий опьянения за рулем. Поведение определяется, с одной стороны, анозогнозией пьянства и оправдательными психологическими защитами свойственных недостаточно зрелой, преимущественно эмоциогенной, личностью, а, с другой, не критичностью к потреблению алкоголя и предвидению последствий опьянения за рулем. К сожалению, данная группа зависимых личностей не охвачена превентивно-реадаптационными мероприятиями: и как группа общества потенциально опасная для транспортного движения, и как группа перехода в группу больных алкоголизмом.

### **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПАЦИЕНТОВ, ВПЕРВЫЕ ЗАБОЛЕВШИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Озорнин А.С., Озорнина Н.В.

*Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского, Чита*

По данным литературы (Овчинников Б.В. и др., 2010), психическое здоровье населения России неуклонно ухудшается: по сравнению с 1990-ми годами выросло число больных страдающих шизофренией, биполярным аффективным расстройством, а невротические расстройства и депрессии приобрели статус массовых. В условиях настоящего экономического кризиса одним из актуальных является вопрос об изучении демографических показателей госпитализированных пациентов в психиатрические клиники. С этих позиций нами было проведено исследование по сравнительному изучению клинико-демографических показателей пациентов, впервые заболевших шизофренией и невротическими расстройствами.

Нами сплошным методом были проанализированы карты стационарного больного за 2015 год. Мы изучали демографические и клинические особенности пациентов, впервые находившихся на лечении в отделении Клиники первого психотического эпизода и отделении психотерапии. Все изученные пациенты были разделены на две группы:

1-я – пациенты с манифестацией шизофрении;

2-я – пациенты с впервые в жизни возникшими невротическими расстройствами.

В обеих группах преобладали пациенты женского пола (в 1-й группе их относительные цифры составили 57,7%, во 2-й группе – 83,1%). Пациенты с манифестацией шизофрении были в среднем на 10 лет моложе больных с невротическими расстройствами (средний возраст пациентов, страдающих шизофренией, составил 28-32 года, невротическими расстройствами – 38-42 года). Среди пациентов обеих групп преобладали городские пациенты (60,0%).

В группе пациентов с дебютом шизофрении высшее образование имели только пациенты женского пола (26,7% среди всех женщин), а у мужчин было либо среднее, либо неполное среднее образование. Относительные цифры работающих мужчин составили 36,4%, женщин – 43,3%. По окончании лечения 3,8% пациентов были признаны инвалидами. Из всех пациентов только около 20% имели собственные семьи, остальные проживали одни или с родителями.

Пациенты с невротическими расстройствами были более образованными по сравнению с больными, страдающими шизофренией: среди женщин высшее образование было у 30,6%, а среди мужчин – у 10,0%. Половина женщин являлись работающими, а среди мужчин работающими были 40,0%. По окончании терапии ни у одного из пациентов не было показаний для признания его инвалидом. В данной группе преобладали больные, имеющие собственные семьи: так среди женщин в браке состояли 85,7%, среди мужчин – 50,0%.

Пациенты с манифестацией шизофрении госпитализировались в психиатрический стационар при появлении в клинике продуктивных психопатологических синдромов, обуславливающих грубую дезинтеграцию их поведения. Частота встречаемости психотических синдромов была следующей:

1. Галлюцинаторно-параноидный – 54,1%;
2. Параноидный – 14,7%;
3. «Другие» (неврозоподобные, психопатоподобные, аффективные) – 13,8%;
4. Аффективно-параноидные – 10,1%;
5. Полиморфные – 7,3%.

Пациенты 2-й группы госпитализировались в психотерапевтическое отделение в связи с выраженностью психопатологических расстройств, их затяжным течением, резистентностью к проводимой терапии на амбулаторном этапе. По частоте встречаемости невротические расстройства распределились следующим образом:

1. Депрессивные расстройства – 40,8%;
2. Тревожно-фобические расстройства – 37,7%;
3. Соматоформные расстройства – 18,4%;
4. Конверсионные расстройства – 4,1%;
5. Расстройства пищевого поведения (анорексия/булимия) – 2,0%.

Таким образом, среди пациентов, впервые заболевших шизофренией или невротическими расстройствами, преобладали женщины, проживающие в городе Чите. Возраст больных с манифестацией шизофрении был на 10 лет меньше возраста пациентов, страдающих пограничными расстройствами. Нами выявлено, что больные с невротическими нарушениями до появления расстройств были более социально адаптированными и успешными, на что указывает наличие у большей части пациентов семьи, высшего образования, постоянного места работы. Чаще всего госпитализация больных шизофренией была обусловлена появлением в клинике галлюцинаторно-бредовой симптоматики, в то время как пациентов с неврозами – депрессивных и тревожно-фобических расстройств.

**СОДЕРЖАНИЕ ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В  
ЭРИТРОЦИТАРНЫХ МЕМБРАНАХ И СЫВОРОТКЕ КРОВИ И ИЗМЕНЕНИЕ  
ПРОЦЕССОВ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ  
У БОЛЬНЫХ С МАНИФЕСТАЦИЕЙ ШИЗОФРЕНИИ**

Озорнин А.С., Озорнина Н.В., Говорин Н.В.

*Читинская государственная медицинская академия, Чита*

*Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского, Чита*

С середины прошлого столетия актуальным является изучение изменений биохимических параметров у больных шизофренией. Многочисленными исследованиями установлено, что у пациентов, страдающих шизофренией, наблюдается усиление



процессов перекисного окисления липидов при ослаблении антирадикальной защиты (Noto C. и др., 2015; Reyazuddin M. и др., 2014), что, по мнению некоторых авторов, приводит к дефициту полиненасыщенных жирных кислот у больных шизофренией (Tyles A., 2007). В то же время, комплексных исследований по изучению процессов липопероксидации и содержанию жирных кислот в биологических средах у больных шизофренией не проводилось.

**Цель исследования** заключалась в изучении параметров системы «перекисное окисление липидов – антиоксиданты» и содержания полиненасыщенных жирных кислот больных с первым приступом шизофрении.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 66 больных (мужчин 51,5%, женщин 48,5%) с диагнозом «параноидная шизофрения, период наблюдения менее года». Диагноз был выставлен по критериям МКБ-10 (шифр F 20.09). У всех пациентов наблюдалось острое психотическое расстройство (суммарная оценка психического состояния по шкале PANSS была не менее 80 баллов). Средний возраст больных составил  $24,4 \pm 0,5$  лет. Из исследования исключались больные шизофренией с сопутствующими органическими заболеваниями ЦНС, острыми и обострением хронических соматических заболеваний, беременные и лактирующие женщины. Контрольную группу составили 20 психически и соматически здоровых людей, сопоставимых по возрасту, полу, социальной принадлежности с исследуемыми больными.

При проведении исследования соблюдались этические принципы, предьявляемые Хельсинкской Декларацией Всемирной Медицинской Ассоциации (World Medical Association Declaration of Helsinki, 1964, 2000 ред.).

У больных до начала терапии изучались содержание полиненасыщенных жирных кислот в сыворотке и эритроцитарных мембранах (C18:2 $\omega$ 6 – линолевою, C18:3 $\omega$ 3 –  $\alpha$ -линоленовую, C18:3 $\omega$ 6 –  $\gamma$ -линоленовую, C20:3 $\omega$ 6 – дигомо- $\gamma$ -линоленовую, C20:4 $\omega$ 6 – арахидоновую, C20:5 $\omega$ 3 – эйкозапентаеновую, C22:5 $\omega$ 3 – докозапентаеновую кислоты), показатели активности перекисного окисления липидов (значения ТБК-активных продуктов, оснований Шиффа), состояние антиоксидантной защиты (общая антиокислительная активность, активность антирадикальных ферментов: каталазы, супероксиддисмутазы, глутатионпероксидазы, глутатионредуктазы) в сыворотке и эритроцитах. Статистическую обработку полученного материала проводили с использованием пакетов STATISTICA 6.1 для Windows.

**Результаты и обсуждение.** У больных с первым психотическим эпизодом шизофрении наблюдалось увеличение интенсивности процессов липопероксидации. Так, значения оснований Шиффа превосходили величины указанного показателя в группе контроля на 54,2% ( $p < 0,001$ ), ТБК-активные вещества в сыворотке крови – на 16,7% ( $p = 0,002$ ), ТБК в эритроцитах – на 2,9% ( $p < 0,001$ ). Изменения со стороны факторов антирадикальной защиты выглядели следующим образом: в эритроцитах активность селен-зависимой глутатионпероксидазы была снижена на 37,2% ( $p < 0,001$ ), а глутатионредуктазы – на 26,5% ( $p < 0,001$ ); скорость обезвреживания супероксиданион радикала была увеличена на 15,8% ( $p = 0,021$ ), а пероксида водорода соответствовала уровню контрольных значений, активность каталазы в сыворотке была увеличена на 4,8% ( $p = 0,020$ ). Общая антиокислительная активность сыворотки крови и устойчивость эритроцитов к перекисному гемолизу не отличались от контрольных значений.

Было обнаружено уменьшение содержания общего пула полиненасыщенных жирных кислот как в сыворотке крови, так и в эритроцитарных мембранах. В то же время, при изучении отдельных представителей жирных кислот, было установлено, что изменение их содержания имело неоднозначный характер. В сыворотке крови имелотенденцию к снижению содержание линолевой кислоты, на 37% уменьшилась концентрация арахидоновой кислоты ( $p < 0,001$ ). Содержание  $\alpha$ -линоленовой кислоты увеличилась на 139,5% ( $p < 0,001$ ),  $\gamma$ -линоленовой – на 21% ( $p = 0,021$ ), дигомо- $\gamma$ -

линоленовой – на 82,1% ( $p < 0,001$ ). До начала терапии у больных шизофренией коэффициент  $\omega 6/\omega 3$  был снижен на 60,6% ( $p < 0,001$ ) относительно данного коэффициента у здоровых доноров.

В мембранах красных клеток крови дефицит полиненасыщенных аналогов определялся выраженным падением параметров арахидоната на 59,2% ( $p < 0,001$ ), а так же содержания C18:2 $\omega 6$  на 6,4%, C18:3 $\omega 3$  на 5,9%. Противоположную направленность имели значения C18:3 $\omega 6$ , C20:3 $\omega 6$ , C20:5 $\omega 3$ , C22:5 $\omega 3$ , величины которых возросли на 28,7% ( $p < 0,001$ ), 12,9% ( $p = 0,036$ ), 18,5% ( $p = 0,022$ ) и 83,2% ( $p < 0,001$ ), соответственно.

Сумма  $\omega$ -6 ЖК снизилась на 26,0% ( $p < 0,001$ ) относительно контрольных значений за счет уменьшения уровней арахидоновой и линолевой кислот. В свою очередь, сумма  $\omega$ -3 ЖК по сравнению со здоровыми возросла на 40,9% ( $p = 0,033$ ), за счет жирных кислот C20:5 $\omega 3$  и C22:5 $\omega 3$ . Результатом сдвигов в содержании  $\omega 3$ - и  $\omega 6$ -кислот явилось уменьшение коэффициента  $\omega 6/\omega 3$  в 1,9 раз ( $p < 0,001$ ).

Следовательно, у больных с первым психотическим эпизодом шизофрении происходит усиление ПОЛ, с одновременным снижением содержания антирадикальных ферментов. Вышеуказанные процессы могут обуславливать снижение содержания полиненасыщенных жирных кислот как в сыворотке крови, так и в эритроцитарных мембранах. Но, как нами было выявлено, изменение содержания полиненасыщенных жирных кислот имело разнонаправленный характер. При этом, если снижение содержания отдельных представителей полиненасыщенных жирных кислот (арахидоновой кислоты), возможно, было связано с усилением ПОЛ, то увеличение величин некоторых из них должно быть связано с другими механизмами. Так, в сыворотке крови тенденция к снижению количества C<sub>18:2 $\omega 6$</sub>  при повышении уровней C<sub>18:3 $\omega 6$</sub>  и C<sub>20:3 $\omega 6$</sub> , может быть обусловлена повышением активности десатураз и элонлаз в связи с дефицитом полиеновых жирных кислот. В эритроцитарных мембранах нами было выявлено снижение арахидоновой кислоты, что может быть следствием усиленных процессов ПОЛ, снижением ее плазменной концентрации или ее интенсивного ферментативного преобразования цикло- и липооксигеназами. В то же время, в мембранах было обнаружено повышение содержания эйкозапентаеновой и докозапентаеновой кислот, синтез которых в эритроцитах невозможен.

Очевидно, существует нарушение в утилизации указанных кислот, что, возможно, связано с угнетением метаболизма кислот цикло- и липооксигеназами. В связи с этим, арахидоновая кислота становится основным субстратом для указанных ферментов. Обнаруженное нами увеличение содержания  $\gamma$ -линоленовой кислоты с незначительным снижением величин  $\alpha$ -линоленовой, возможно, связано с изменениями в работе липид-транспортной системы, как на системном, так и на клеточном уровнях. По данным литературы, C18:3 $\omega 3$  проходит через цитоплазматическую мембрану только посредством рецепторногоэндоцитоза в составе ЛПНП, а C18:3 $\omega 6$  преодолевает ее пассивно путем переэтерификации (этому может способствовать высокая концентрация этой кислоты в сыворотке) (Титво В.Н., 2003). В условиях повышенной активности перекисного окисления липидов происходит образование перекисномодифицированных липопротеинов, которые не могут осуществлять транспорт C18:3 $\omega 3$  в клетку, что в свою очередь может объяснить низкое содержание указанной кислоты в мембране эритроцитов.

Таким образом, у больных с манифестацией шизофрении происходит усиление процессов липопероксидации с ослаблением антирадикальной защиты. При общем снижении пула полиненасыщенных жирных кислот имеются разнонаправленные изменения величин отдельных их представителей. Необходимо проведение дальнейших исследований, направленных на раскрытие механизмов изменений содержания жирных кислот у больных шизофренией.

## МЕТОДЫ ПСИХОДИАГНОСТИКИ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ХИМИЧЕСКИ ЗАВИСИМЫХ ЛИЦ

Перелыгина М.О.

*Краевой наркологический диспансер, Чита*

В современном мире существует множество методов исследования. Методы исследования – это те приемы и средства, с помощью которых психологи получают достоверные сведения, используемые для построения научных теорий и выработки практических рекомендаций. По мнению ряда авторов, диагностический метод (тестирование) и метод наблюдения являются наиболее распространёнными в настоящее время. Гораздо сложнее определиться с наиболее эффективными методами обследования в различных областях жизнедеятельности человека для получения наиболее точных, валидных результатов, которые в дальнейшем могут послужить материалом для коррекции тех или иных особенностей личности.

Диагностические методы исследования позволяют исследователю давать изучаемому объекту количественную квалификацию. К ним относится тестирование, позволяющее измерять характеристики психологического состояния испытуемого. Диагностические методы позволяют исследовать и выявлять личностные, когнитивные и др. особенности человека.

Медико-социальная реабилитация людей, зависящих от психоактивных веществ, осуществляется на комплексной основе, включающей использование восстановительного потенциала реабилитационной среды, реабилитационных программ и технологий в их взаимодействии в соответствии с поставленными целями, задачами, разработанными принципами реабилитации и реабилитационным потенциалом пациентов. Применяемые в этой системе технологии, обеспечивают значительное повышение эффективности лечебно-реабилитационной помощи, включая продолжительность терапевтических ремиссий и улучшения качества жизни пациентов.

Диагностика при планировании психотерапии исходит из положения о наличии непосредственной связи между личностью и болезнью и, в частности, – о соответствии их тяжести. При этом тяжесть личностного расстройства устанавливается не столько с позиций психосоциального функционирования, сколько с позиций интрапсихических процессов, включая бессознательные (основные технологии лечебно-реабилитационной помощи пациентам с наркоманией).

В данном сообщении мы рассмотрим методы психодиагностического обследования химически зависимых на этапе реабилитации на базе Краевого наркологического диспансера отделения «Медицинской реабилитации» города Читы.

Психоактивные вещества постепенно разрушают не только физиологическую систему человека, но и психические, когнитивные и др. процессы. Для оценки нанесенного ущерба химической зависимостью структуре психической деятельности применяется ряд методов обследования на этапе реабилитации. На момент поступления в отделение, пациент проходит первичное психодиагностическое обследование.

Цель данного обследования: оценка структуры психической деятельности – определение уровня реабилитационного потенциала. Используемые методы:

1. Наблюдение;
2. Клиническая беседа;
3. Исследование мнестической деятельности (тест «Квадрат Лурия»);
4. Исследование умственной работоспособности (тест «Таблицы Шульте», тест зрительной ретенции «Бентона»);

5. Исследование мыслительных процессов («Исключение предметов», «Существенные признаки», «Сложные аналогии», «Соотношение пословиц, метафор и фраз»);

6. Методика «ПДО (по Личко)»;

7. Тест на эмоциональный интеллект «Тест EQ – методика Н. Холла»;

8. Психические состояния («Методика Спилбергера-Ханина»; «Госпитальная шкала тревоги и депрессии (ГШТД)»; «Самооценка психических состояний по Айзенку»);

9. Определение уровня реабилитационного потенциала зависимых пациентов «Уровень реабилитационного потенциала».

Выше перечисленные методы позволяют наиболее обширно исследовать особенности личности, а именно: когнитивные процессы (внимание, память, мышление, уровень запаса знаний); личностные особенности; психические процессы уровень тревоги, депрессии, фрустрации, ригидности, агрессивности, ситуативной и личностной тревожности, а также уровень реабилитационного потенциала, который является одним из важнейших показателей, который может дать прогностическую оценку способностей и возможностей химически зависимых лиц на продолжительные ремиссии и ресоциализацию, возвращение в семью и к общественной полезной деятельности. Данные психодиагностики необходимы для того, чтобы дать возможность специалисту определить программу дальнейшей работы с пациентом, включающие различные методы коррекции.

На этапе выписки из стационара пациент проходит контрольное психодиагностическое обследование, целью данного обследования является оценка актуального психологического состояния. В него включены следующие методы:

1. Наблюдение;

2. Клиническая беседа;

3. Исследование мнестической деятельности (тест «Квадрат Лурия»);

4. Исследование умственной работоспособности (тест «Таблицы Шульте»);

5. Тест на эмоциональный интеллект «Тест EQ – методика Н. Холла»;

6. Психические состояния («Методика Спилбергера-Ханина»; «Госпитальная шкала тревоги и депрессии (ГШТД)»; «Самооценка психических состояний по Айзенку»).

Сравнительный анализ первичной и контрольной психодиагностики позволяет определить состояние пациента в настоящий момент, как готовность или неготовность к выписке, а также отследить изменения, произошедшие с пациентом на уровне психики и в дальнейшем, уже лечащим врачом включить данные выводы для обозначения предполагаемого прогноза сохранения трезвости.

**МЕДИЦИНСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ В СВЕТЕ ПРИКАЗА № 933Н  
«О ПОРЯДКЕ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ НА  
СОСТОЯНИЕ ОПЬЯНЕНИЯ (АЛКОГОЛЬНОГО, НАРКОТИЧЕСКОГО ИЛИ  
ИНОГО ТОКСИЧЕСКОГО)**

Петрова И.В.

*Краевой наркологический диспансер, Чита*

26 марта 2016 года вступил в силу приказ Минздрава России от 18.12.2015 года № 933н «О порядке проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического). Данным приказом утверждены: Порядок проведения медицинского освидетельствования, Порядок

оформления результатов, Порядок проведения химико-токсикологических исследований при медицинском освидетельствовании.

В Порядке проведения медицинского освидетельствования следует обратить внимание, что основанием для направления лица на медицинское освидетельствование является наличие хотя бы одного из четырех критериев: запах алкоголя изо рта, неустойчивость позы и шаткость походки, нарушение речи, резкое изменение окраски кожных покровов лица. На медицинское освидетельствование могут быть направлены: 1) лица, которые управляют транспортными средствами; 2) лица, совершившие административное правонарушение; 3) военнослужащий или гражданин, призванный на военные сборы, в целях выявления состояния опьянения; 4) работник, появившийся на работе с признаками опьянения; 5) безработный, явившийся на перерегистрацию с признаками опьянения и т.д.

Медицинское освидетельствование включает в себя следующие осмотры врачами-специалистами, инструментальное и лабораторные исследования:

- а) осмотр врачом-специалистом (фельдшером);
- б) исследование выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя;
- в) определение наличия психоактивных веществ в моче;
- г) исследование уровня психоактивных веществ в моче;
- д) исследование уровня психоактивных веществ в крови.

Является важным, что при освидетельствовании лиц, которые управляют транспортными средствами, отбор биологического объекта (моча, кровь) для направления на химико-токсикологические исследования осуществляется вне зависимости от результатов исследований выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя.

В Порядке оформления результатов следует обратить внимание, что с 01.06.2016 года вводится новая форма журнала и новая форма акта.

В Порядке проведения химико-токсикологических исследований при медицинском освидетельствовании является важным, что предварительные исследования проводятся иммунохимическими методами с применением анализаторов, обеспечивающих регистрацию и количественную оценку результатов исследования путем сравнения полученного результата с калибровочной кривой. Проводятся предварительные исследования на месте отбора биологического объекта (мочи), в клинико-диагностической лаборатории или в химико-токсикологической лаборатории не позднее 2 часов с момента отбора биологического объекта (мочи).

Химико-токсикологические исследования пробы биологического объекта при медицинском освидетельствовании в обязательном порядке проводятся на следующие химические вещества, включая их производные, метаболиты и аналоги: опиаты, растительные и синтетические каннабиноиды, фенилалкиламины (амфетамин, метамфетамин), синтетические катиноны, кокаин, метадон, бензодиазепины, барбитураты, этанол и его суррогаты.

При положительных результатах предварительных методов исследования проводятся подтверждающие исследования методами газовой и (или) жидкостной хроматографии с масс-спектрометрическим детектированием с помощью технических средств, обеспечивающих регистрацию и обработку результатов исследования путем сравнения полученного результата с данными электронных библиотек масс-спектров.

Химико-токсикологические исследования пробы биологического объекта (крови) проводятся в один этап подтверждающими методами исследования.

## ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИИ

Прокопьева Е.Ю.

*Краевой наркологический диспансер, Чита*

Одним из появлений токсического действия алкоголя на головной мозг является эпилептический синдром. Он проявляется в виде эпилептического приступа (пароксизма), наличие которого говорит о серьезном поражении головного мозга. В группу риска попадают в основном молодые люди от 25 до 45 лет, которые употребляют алкоголь стабильно на протяжении 5-10 лет. Хотя известны случаи, когда эпилепсия появлялась уже на 1-2 год «стажа» алкоголизации.

По данным ГУЗ «Краевой наркологический диспансер», алкоголь-обусловленная неврологическая патология в виде судорожного синдрома наблюдалась в 2013 году в 18% случаев (305), в 2014 году – в 18,2% (384), в 2015 году – в 18,6% (406) случаях. Частота приступов и вероятность их наступления зависит от различных факторов, среди которых общее состояние организма, наследственность, наличие хронических заболеваний. Электроэнцефалография (далее – ЭЭГ) – это исследование, которое позволяет увидеть, как передвигается электромагнитное колебание и отражает баланс или дисбаланс между возбуждающими процессами, которые повышают реактивность нейронов и тормозными, снижающими возбудимость.

В настоящее время не выявлены специфические ЭЭГ признаки эпилептиформных пароксизмов, позволяющие уточнить нозологическую принадлежность и отличительные признаки. При алкоголизме встречаются все возможные нейрофизиологические знаки, позитивные спайки частотой 6-15 с (до 61,6% в 1102 случаях), низкоамплитудные острые волны 29% (519 случаев), единичные тета-волны и рассеянное 5-6 с замедлением фоновой активности 9,5% (168 случаев).

Изучение ЭЭГ больных с эпилептическим синдромом обнаружило диффузную тета-активность, преимущественно в темпоральных областях полушарий головного мозга 69,9% (75 случаев), существенное снижение альфа индекса 86,8% (в 93 случаях), редукцию количества амплитуды и ритмичности альфа ритма 70,7% (87 случаев). В группе больных до 25 лет на ЭЭГ не имеется характерных патологических особенностей. В среднем от 25 до 44 лет обнаружено парадоксальное разнообразие непатологической электрической активности. В возрасте старше 45 лет группа больных имела значительные изменения ЭЭГ в виде выраженного замедления фоновой частоты 65,1% (71 случай), редукции следования частоты мельканий 78,4% (987 случаев). Наблюдаемые изменения служат показателем снижения корковой активности. Эти явления не служат проявлением патологической активности и имеют доброкачественный характер и урежаются с прекращением алкоголизации.

При рассмотрении по стадиям зависимости отмечено, что в 1-ю стадию зависимости в основном нарушается ЭЭГ коры головного мозга 19,4% (384 случая). Во 2-ю стадию присоединяются изменения ретикулярной формации ствола мозга и «неспецифических» ядер зрительного бугра 25,2% (498 случаев), с последующим в 3-ю стадию извращением ретикулоталамических влияний на кору и нарушением корково-фугальных взаимодействий – 55,3% (1094 случая).

Изменения на ЭЭГ при алкоголизме могут быть использованы в качестве маркера чувствительности ЦНС к алкоголю. Так называемая пароксизмальная готовность, приводящая к клиническим пароксизмальным проявлениям, это не качественные, а количественные изменения. Эти отклонения свидетельствуют об общей дезорганизации ритма за счет нарушений функции подкорковых и стволовых образований.

## ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТИПОВ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Романова Е.В.

*Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков  
им. Г.Е.Сухаревой, Москва*

В информационном бюллетене ВОЗ, посвященном самоубийствам (2015 год), указано, что самоубийства являются второй ведущей причиной смерти среди молодых людей 15-29 лет. По данным ряда авторов, суицидальные мысли в возрасте 14-24 лет возникают у 30% молодых людей (Корнетов А.Н. и соавт., 2013), 45% девушек и 27% юношей размышляют о самоубийстве (Гомзикова С., 2011). Суицидальные действия совершают 10% девушек и 6% юношей (Корнетов А.Н. и соавт., 2013).

При этом, как отмечают Н.А.Польская и Н.В.Власова (2015), акты самоповреждения (как не имеющие суицидальной направленности) и суицидальные акты специалистами ВОЗ не разделяются в виду практических трудностей доказательства наличия или отсутствия суицидального намерения и в тех, и в других случаях.

Особенности детско-подросткового возраста еще более осложняют проблему дифференциальной диагностики типов суицидального поведения. Согласно типологии А.Е.Личко, А.А.Александрова (1974), суицидальное поведение принято делить на три типа: демонстративное, аффективное и истинное суицидальное.

Демонстративное суицидальное поведение: стремление подростка обратить внимание на себя и свои проблемы, «крик» о помощи, как правило, без цели причинить себе реальный вред или лишить себя жизни (чаще в виде нанесения порезов, отравления неядовитыми средствами, инсценировки повешения).

Аффективное суицидальное поведение: импульсивные действия на почве сильных негативных эмоций без четкого плана совершить самоубийство (чаще прибегают к попыткам повешения, отравлению токсичными и сильнодействующими препаратами).

Истинное суицидальное поведение: продуманные действия с целью прекращения жизни (чаще путем повешения или падения с высоты).

Нами обследовано 188 детей и подростков в возрасте 8-17 лет, поступивших в психиатрический стационар в экстренном порядке, у всех в числе жалоб при поступлении были суицидальные высказывания, угрозы, самоповреждающее поведение и/или суицидальные попытки (в т.ч. неоднократные). Средний возраст обследованных составил  $12,8 \pm 1,4$  лет.

В первые дни госпитализации обследованные опрашивались на предмет сбора анамнестических данных, уточнения особенностей обстановки, на фоне которой возникло суицидальное и/или самоповреждающее поведение, особое внимание уделялось определению (по возможности) мотивов и целей, непосредственных причин поступков.

В большинстве случаев возникали сложности в интерпретации данных, оказалось практически невозможным однозначно дифференцировать поведенческие акты обследованных по перечисленным группам суицидального поведения.

Кроме того, проводилась работа с родителями (или лицами, их замещающими) 121 ребенка/подростка. Со всеми родителями проведена первичная диагностическая клиническая беседа с целью уточнения отдельных особенностей анамнеза жизни и заболевания, особенностей обстановки, на фоне которой возникло суицидальное поведение, определение отношения членов семьи к произошедшему. Также в большинстве случаев однозначного понимания природы суицидальной попытки достигнуть не удалось.

Мы склонны объяснять полученные данные следующим образом.

Во-первых, Э. Шнейдман (1985) в описанных им общих психологических характеристиках самоубийств указывает: «Общим внутренним отношением к суициду является двойственность переживаний (амбивалентность). Типичным для самоубийства становится состояние, когда человек одновременно пытается покончить с собой и взывает о помощи, причем оба эти действия являются истинными и непритворными. Человек чувствует потребность лишить себя жизни и одновременно желает спасения и вмешательства других». Это важная характеристика любого суицидального акта. У детей и подростков ситуация дополнительно осложняется недифференцированностью эмоционально-волевой сферы, плохо развитой способностью к рефлексии и недостаточно сформированным самосознанием.

Во-вторых, важно учитывать, что (по Шнейдману Э.) «общим коммуникативным актом при суициде является сообщение о намерении. Многие люди, намеревающиеся совершить самоубийство, исподволь, сознательно или безотчетно подают сигналы бедствия: жалуются на беспомощность, взывают о поддержке, ищут возможности спасения. Человек обычно информирует окружающих о грядущем самоубийстве не враждой, яростью или уходом в себя, а именно сообщением о своих намерениях».

В-третьих, еще А.Г. Амбрумовой, Л.Я. Жезловой (1978) в числе особенностей суицидального поведения в молодом возрасте отмечена «недостаточно адекватная оценка последствий аутоагрессивных действий. Понятие «смерть» в этом возрасте обычно воспринимается весьма абстрактно, как что-то временное, похожее на сон, не всегда связанное с собственной личностью. В отличие от взрослых, у детей и подростков отсутствуют четкие границы между истинной суицидальной попыткой и демонстративно-шантажирующим аутоагрессивным поступком. Это заставляет в практических целях все виды аутоагрессии у детей и подростков рассматривать как разновидности суицидального поведения».

Наконец, немаловажным моментом является осознание обследованными нами особенностей ситуации нахождения в психиатрическом стационаре и склонностью диссимулировать свои психические переживания.

В связи с изложенным, нам представляется рациональным в детско-подростковом возрасте выделять группу пациентов с недифференцированным типом суицидального поведения, организуя работу с ней как с пациентами с истинным суицидальным поведением.

Основные направления работы психотерапевта:

1) индивидуальная психотерапия, ее цели: коррекция эмоционального состояния, уровня социальной тревожности; коррекция самооценки, образа Я, уровня притязаний; коррекция степени перфекционизма; коррекция уровня стрессоустойчивости и фрустрационной толерантности, обсуждение возможностей совладания со стрессом, тренировка использования адаптивных копинг-стратегий (в т.ч. обсуждение отношения к ситуации, приведшей к суицидальной попытке), коррекция склонности подростка к импульсивной агрессии.

Ключевым моментом при реализации указанных целей является обязательная коррекция особенностей мышления в концепции когнитивно-бихевиорального подхода. Наконец, важна коррекция жизненных целей (в отдельных случаях – обсуждение экзистенциальных проблем, смысла существования и пр.), отношения к членам семьи и внутрисемейных отношений, коррекция отношений со сверстниками.

2) семейная психотерапия.

3) групповая психотерапия.



## АНАЛИЗ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ИНТЕНСИВНОГО ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Рыжих Л.А.

*Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского, Чита*

Отделение интенсивного оказания психиатрической помощи (далее отделение ИОПП) рассчитано на 75 коек (50 коек дневного пребывания и 25 коек «стационар на дому»). Пациенты первого психотического эпизода, пациенты с часто обостряющимися хроническими заболеваниями подлежат амбулаторному наблюдению в отделении ИОПП, в так называемом «виртуальном» участке. Данный участок построен не по территориальному принципу, а по специфике контингента пациентов. Работа в отделении осуществляется на основе принципа партнерства с пациентами в наименее стигматизирующих условиях.

За 2015 год состоялось 2108 амбулаторных посещений отделения пациентами. В большей степени, наблюдались пациенты первого психотического эпизода, получающие поддерживающую терапию и нуждающиеся в постоянном контроле психического состояния, корректировке доз лекарственных препаратов. За данный период 251 раз сотрудниками отделения пациенты активно осматривались на дому. В данную группу вошли пациенты клиники первого психотического эпизода, плохо посещающие врача самостоятельно, пациенты длительно болеющие, получающие поддерживающую терапию и нуждающиеся в постоянном контроле психического состояния, пациенты геронтологического профиля, нуждающиеся в назначении психотропной терапии или её корректировке (не получающие лечение в ОИОПП).

В отделении работают: заведующий отделением, два врача-психиатра, врач-психотерапевт, старшая медицинская сестра, 3 медицинских сестры, психолог и специалист по социальной работе.

Помощь пациентам в отделении осуществляется в составе полипрофессиональной бригады, бригадиром которой является врач-психиатр, члены бригады: медицинская сестра, психолог, специалист по социальной работе, психотерапевт. Данная тактика позволяет улучшить социальную адаптацию пациента, уменьшить стигматизацию психически больных, повысить мотивацию на лечение, что способствует более благоприятному течению заболевания.

В ходе работы бригады групповой тренинговой работой за 2015 год было охвачено 83 человека (12 групп, всего 96 занятий).

### **Категории пациентов, подлежащих госпитализации в отделение ИОПП:**

- 1) Первичные пациенты с клиникой эндогенного процесса (шизофрения, биполярное аффективное расстройство, шизоаффективное расстройство);
- 2) Пациенты с клиникой психотического эндогенного регистра, имеющие в анамнезе не более 3-х госпитализаций и при условии, если они больны не более 5 лет;
- 3) Пациенты с частыми обострениями, неблагоприятным течением хронических эндогенных заболеваний (шизофрения, БАР, ШАР), с госпитализациями более 2-х раз в год, трудоспособного возраста (женщины младше 55 лет, мужчины младше 60 лет), не достигшие грубого дефекта, не утратившие способность к комплаенсу.
- 4) Пожилые пациенты нетрудоспособного возраста (женщины старше 55 лет, мужчины старше 60 лет), нуждающиеся в помощи на дому или в отделении дневного пребывания (поздние психозы, деменция, сосудистая патология), при наличии родственников, которые могли бы обеспечить контроль за приёмом лекарств, динамикой состояния.

Основная масса больных и обследуемых дневного стационара и стационара на дому поступает в отделение ИОПП в плановом порядке. В связи с действующим Законом РФ

«О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» госпитализация осуществляется при условии согласия больного на лечение и обследование. При выборе условий лечения, тактики ведения имеет место индивидуальный подход в каждом конкретном случае.

### ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР ОИОПП

#### Показатели деятельности дневного стационара ОИОПП за 12 месяцев 2015 г.

Число коек среднегодовое	50
Число пациентов на начало отчётного периода	22
Состояло больных на конец отчётного периода	34
Число поступивших больных	154
Переведено из отделения	13
Число использованных больными	189
Койко-мест (проведено больными дней лечения)	14141
Выписано больных	154
Умерло	0
Число дней работы койки	287,2
Среднее число дней пребывания больного на койке (выбывших)	91,8
Среднее число дней пребывания больного на койке (использованного)	74,8
Удельный вес повторных госпитализаций	6,5
Оборот койки	3,08

Среднее число дней пребывания выписанного больного на койке составило 91,8. Такая цифра связана в основном с пациентами группы шизофренического спектра, имеющие в одних случаях неблагоприятные установки на лечение, и получающие не только необходимый спектр психофармакотерапии, но и групповую психологическую и социально-реабилитационную поддержку, с формированием правильной установки на лечение и помощь в адаптации. Большинство из пациентов данной группы получают атипичные препараты, относящиеся к группе дорогостоящих. Чаще всего они поступают в ОИОПП для долечивания и получения данных препаратов в необходимых, для той или иной нозологической формы, временных рамках.

#### Удельный вес больных с определенной психической патологией

Заболевания	Абс.	%
Деменция	4	3
Шизофрения	67	43
Генерализованное тревожное расстройство	2	1
Аффективные расстройства (БАР, РАР)	13	8
Органические психические расстройства	13	8
Органические непсихотические расстройства	32	21
Органические аффективные непсихотические расстройства	15	10
Расстройство личности	2	1
Расстройство адаптации	1	1
Инволюционный параноид	1	1
Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении	4	3
<b>Всего</b>	<b>154</b>	<b>100</b>

Таким образом, проанализировав структуру заболеваемости поступающих в дневной стационар отделения ИОПП, можно сделать вывод, что наибольший удельный вес составляют пациенты, страдающие шизофреническим спектром расстройств (шизофрения, шизотипические расстройства, острые преходящие расстройства с

симптомами шизофрении). Это является отражением выполнения необходимых задач отделения и сохранения преемственности между стационарными и диспансерными подразделениями психиатрической больницы при оказании помощи больным с эндогенными заболеваниями.

Все перечисленное даёт возможность дальнейшего наблюдения и лечения пациента с патологией шизофренического спектра в амбулаторных комфортных условиях, приближенных к его месту проживания. В целом, оказание помощи таким больным во внебольничных условиях, снижает возможность формирования госпитализма, поддерживает необходимый уровень комплаенса, повышает мотивацию родственников на поддержку пациента, вследствие чего возрастает вероятность благоприятного течения заболевания и сохранения социального функционирования людей с психическими расстройствами.

Отмечается высокий процент органической патологии головного мозга среди пациентов, получавших лечение в отделении ИОПП. Данная тенденция связана с вовлечением в эту группу достаточно молодых пациентов. Всё это результат ранней сосудистой патологии, резидуальных поражений головного мозга (часто нелеченных), а также токсического, травматического характера повреждений головного мозга. Данная проблема является отражением социально-экономической обстановки в обществе, ежегодно возрастает количество алкоголиков, наркоманов особенно среди населения молодого, репродуктивного возраста, что в свою очередь приводит к увеличению рождаемости детей с выраженной неврологической и психической патологией. Настораживает, также, запущенность и поздняя обращаемость к врачу пациентов с сосудистой патологией.

За прошедший период из отделения ИОПП на освидетельствование МСЭ было направлено 9 человек (7 человек впервые). По результатам освидетельствования были признаны инвалидами 2 группы – 5 человек, 3 группы – 2 человека. На очередное переосвидетельствование направлялись 2 пациента: один для утяжеления группы, у другого пациента в связи со стойкой ремиссией, хорошей социальной адаптацией группа была снята.

Пациенты геронтологического профиля и пациенты с запущенными формами хронических психотических расстройств за проанализированный период времени получали терапию в условиях стационара на дому. Пациенты обслуживались в составе бригады специалистов на дому, где осуществлялась лечебно-диагностическая помощь с использованием таблетированных, парантеральных средств с отдельными видами психосоциального воздействия (психотерапевтические беседы с самим пациентом, обучающие беседы с родственниками пациента, установление социального статуса больного).

#### СТАЦИОНАР НА ДОМУ ОИОПП

Поступило за данный период 128 пациентов, учитывая удовлетворительное самочувствие, адекватный контроль со стороны родственников, наличие критики, способности к самообслуживанию. 1 пациент, впоследствии, был переведен в дневной стационар и продолжил лечение. В 7 случаях имела место повторная госпитализация в отделение, что было связано, чаще всего, с недостаточным контролем со стороны родственников за приёмом лекарственных препаратов. 6 пациентов, в связи с ухудшением состояния, неадекватным поведением, сопротивлением терапии продолжили лечение в геронтологическом отделении ПБ.

Основной контингент пациентов «стационара на дому», это пациенты с деменцией в основном сосудистого генеза с психотическими симптомами. Органическая психотическая и непсихотическая патология также занимает высокий удельный вес. Пациенты, страдающие шизофренией, составили 13%, эти пациенты были полностью дезадаптированы, вели замкнутый образ жизни с выраженным нарушением поведения,

отсутствием установки на приём препаратов. Вследствие терапии, длительного динамического наблюдения удалось добиться купирования психотической симптоматики, формирования установки на продолжение лечения, как у самого пациента, так и у родственников, в результате подбора более комфортных, для самого пациента, форм психофармакотерапии и проведения психосоциальной работы.

**Показатели деятельности стационара на дому ОИОПП за 12 месяцев 2015 года**

Число среднегодовых коек	25
Состояло больных на конец отчётного периода	18
Состояло больных на начало отчётного периода	11
Число поступивших больных	128
Переведено из отделения	1
Выписано больных	109
Пользованные больные	140
Койко-мест пролеченных	7397
Умерло	0
Число дней работы койки	295,9
Оборот койки	4,4
Среднее число дней пребывания больного на койке	67,9
Среднее число дней пребывания больного на койке (пользованного)	52,8
Удельный вес повторных госпитализаций	6,4

**Удельный вес больных с определенной психической патологией**

Заболевания	Абс.	%
Деменция	38	35
Органические психические расстройства	23	21
Органические непсихотические расстройства	23	21
Органические аффективные непсихотические расстройства	9	8
Шизофрения	14	13
Аффективные расстройства (РАР)	2	2
<b>Всего</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

Несмотря на непродолжительный период работы отделения ИОПП, благодаря усиленной работе и равнодушному отношению каждого сотрудника отделения, удалось создать терапевтическую среду, благоприятную атмосферу в подразделении, что в итоге помогло сформировать достойный имидж отделения, его востребованность и загруженность.

Кроме того, напряженная, созидательная работа коллектива отделения по открытию, получению собственного опыта работы внебольничного подразделения, выявляет различные проблемы, трудности, что заставляет искать пути решения, менять подходы, пересматривать ориентиры для улучшения психиатрической помощи.

Бесспорно анализ работы отделения ИОПП за 2015 доказывает необходимость такой современной формы внебольничного звена, и продолжение совершенствования психиатрической помощи людям с психическими расстройствами.

## КОМОРБИДНОСТЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ И ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ ШИЗОАФФЕКТИВНОГО РЕГИСТРА У ЖЕНЩИН

Саидхонова Ф.А.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Ташкент, Республика  
Узбекистан*

Под коморбидностью понимают наличие у пациента не менее двух расстройств, каждое из которых может считаться самостоятельным и диагностироваться независимо от другого (Ястребов В.С., Митихина И.А., 2012). Особенности эмоционального реагирования, многообразные варианты тревожно-аффективных расстройств у женщин с учётом личностных особенностей всегда привлекали к себе внимание исследователей как клинических, так и психодинамических школ. Ежегодно около 100 млн. жителей нашей планеты обнаруживают признаки депрессии, причём у женщин риск возникновения и рецидива депрессивного расстройства в два раза выше, по сравнению с мужчинами. Установлено, что частота возникновения тревожно-депрессивных расстройств возникает у женщин в зависимости от конституционально-личностных особенностей (Хломов К.Д., 2005), а также у женщин с низким социально-экономическим статусом (Земюлина И.Н., 2009).

**Цель исследования:** изучить коморбидность тревожно-депрессивных нарушений и личностных расстройств шизоаффективного спектра у женщин для улучшения медико-психологической помощи данному контингенту больных.

**Материалы и методы исследования.** В исследование были включены 60 женщин с тревожно-депрессивными расстройствами шизоаффективного спектра, находившихся на стационарном лечении в психиатрической больнице. В ходе исследования для оценки выраженности депрессии и тревоги применялись шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (HDRS, HARS), опросник тревожности Спилбергера-Ханина, а для определения личностных особенностей был использован опросник мини-мульти (MMPI).

**Результаты и обсуждение.** Наиболее часто шизоаффективные нарушения классифицировались как шизоаффективное расстройство, депрессивный тип (F25.1) – у 20 пациенток (33,3%), шизоаффективное расстройство, смешанный тип (F25.2) – у 16 женщин (26,7%). Реже встречались другие шизоаффективные расстройства (F25.8) – у 20% обследованных женщин, шизоаффективные расстройства неуточненные (F25.9) – у 12 женщин (20%).

В обследованной группе в ходе исследования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожно-депрессивных расстройств различной степени выраженности у 98% пациенток, при этом проявления тревоги были отмечены у 94 % исследуемых, депрессии различных степеней тяжести – у 100 % обследованных; более чем у половины пациенток было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 36% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10% пациенток – констатировалась выраженная тревога.

При исследовании конституционально-личностных особенностей с помощью опросника мини-мульти (MMPI) было выявлено, что личностные особенности обследованных пациентов не достигали степени психопатии (личностного расстройства), однако во всех случаях можно было отметить акцентуации тех или иных черт характера. Среди всех обследованных демонстративный тип личности встречался у 6 больных (10%), застревающий тип личности у 16 больных (26,7%), дистимический тип был выявлен в 40% случаев (24 обследованных), тревожно-боязливый тип у 10 больных (6,7%), в 6,6% случаев был выявлен эмотивный тип личности.

По результатам тестирования было выявлено, что наиболее часто тревожно-депрессивные расстройства встречались у лиц с дистимическим типом личности. На фоне

воздействия психотравмирующей ситуации легко возникали депрессивные расстройства тяжёлой и крайне тяжёлой степени по шкале Гамильтона. Депрессия средней степени тяжести была выявлена у 25% больных, их возникновение было связано с семейными конфликтами. У лиц с застревающим типом личности в 75% случаев была выявлена депрессия тяжёлой степени по шкале Гамильтона, депрессивные расстройства средней и крайне тяжёлой степени встречались в 12,5% случаев. Лёгкое депрессивное расстройство по шкале Гамильтона было выявлено у 2 пациенток с демонстративным типом личности. В остальных случаях у лиц с демонстративным типом личности было выявлено депрессивное расстройство средней степени тяжести. При тревожно-боязливом типе личности чаще возникала депрессия средней степени тяжести по шкале Гамильтона (80%), и лишь у 2 пациенток была диагностирована депрессия тяжёлой степени. Среди всех обследованных эмотивный тип личности встречался в 5,7% случаев, и для этих пациенток характерным было развитие депрессии средней степени тяжести.

В зависимости от типа личности пациенткам были присущи такие черты, как неуверенность, робость, застенчивость, склонность к чувству вины, низкая самооценка, трудности контактов, недостаток инициативы, зависимость от порядка и авторитетов. Пациентки стремились 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. Также 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. Больные с тревожно-боязливым типом личности жаловались на ухудшение физического здоровья, неспособность к функционированию в повседневной жизни даже при наличии депрессии средней степени тяжести.

Больные с эмотивным типом личности с трудом выполняли физическую нагрузку, они также низко оценивали общее чувство благополучия, но при благоприятной обстановке в семье и сохранении привычных социальных контактов на фоне депрессии тяжёлой степени эти показатели оставались на достаточно высоком уровне.

У пациенток с тревожно-боязливым и застревающим типом личности на фоне депрессии тяжёлой степени сокращалось количество социальных контактов, ухудшались отношения в семье, что создавало дополнительные переживания, формировало аутодеструктивные установки, идеи самообвинения, появлялись суицидальные мысли.

У женщин с дистимическим 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. Твёрдая жизненная позиция, характерная для данного типа личности, позволяла сохранять высокий уровень общего чувства благополучия.

Женщины с демонстративным типом личности при наличии депрессии средней степени тяжести субъективно отмечали незначительное ухудшение социального взаимодействия и физического здоровья, в то время как объективные данные соответствовали степени тяжести аффективных расстройств. При наличии депрессии

легкой степени тяжести женщины с демонстративным типом личности указывали на ухудшение физического здоровья и способность функционировать в повседневной жизни. Такая картина связана с наличием у женщин с демонстративным типом личности патологического фантазирования, завышением самооценки, замещением реальной жизни мечтой.

**Заключение.** Определение коморбидности тревожно-депрессивных расстройств и конституционально-типологических особенностей личности пациенток шизоаффективного регистра даёт возможности определить более глубокий уровень тревоги и депрессии, полиморфизм клиники, что является фактором предупреждения неблагоприятного прогноза заболевания, позволяет более дифференцированно осуществлять лечебно-реабилитационную помощь и оптимизировать психотерапевтический подход в выборе методов воздействия с учётом личностных особенностей.

## **АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ ОТ ЗАБОЛЕВАНИЙ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ**

Сахаров А.В., Говорин Н.В., Герасимова Я.В.

*Читинская государственная медицинская академия, Чита*

В последние десятилетия в научной отечественной литературе широко обсуждается возможность существенного влияния алкоголя на высокие показатели смертности населения. Действительно, в Российской Федерации уровень смертности является по-прежнему высоким – в 2015 году умерло более 1 млн. 911 тыс. человек, что соответствует показателю 13,1 случаев на 1000 населения. При этом справедливо отметить улучшение демографической ситуации в нашей стране: рождаемость выросла, а смертность снижается (ведь еще 10 лет назад в России умирало более 2 млн. 300 тыс. человек в год, показатель был 19,5 на 1000 жителей). В тоже время вопрос о связи потребления алкоголя и смертности является до конца не исследованным, в том числе ввиду отсутствия единых подходов к изучению этой проблемы и отсутствия соответствующего учета алкоголь-ассоциированных заболеваний.

Многие авторы в своих работах ранее приводили очень высокие показатели алкогольной смертности, так, по данным А.В. Немцова (2003), около трети всех смертей в России в большей или меньшей степени были связаны с алкоголем. По мнению других авторов (Харченко В.И. и др., 2004), алкогольная смертность вместе с жертвами сильно пьющих и больных алкоголизмом в сумме не превышает 25% смертности взрослого населения.

Такой разброс данных можно объяснить несколькими обстоятельствами.

Во-первых, часто в данных работах при анализе использовались математические расчеты, которые игнорировали совокупное влияние других факторов, например, курения, неправильного питания и т.д.

Во-вторых, этому способствовал тот факт, что на протяжении длительного времени органы статистики учитывали лишь три нозологии алкогольной этиологии – смертность по причине алкоголизма, алкогольной болезни печени, отравлений алкоголем или его суррогатами. Только с 2005 года дополнительно стали собирать данные по летальным случаям в результате алкогольной кардиомиопатии, алкогольного панкреатита и алкогольной дегенерации нервной системы. Хотя нозологий, в возникновении которых алкоголь имеет ведущее значение, гораздо больше.

В-третьих, вызывает вопросы достоверность уже имеющихся в отчетах Государственной статистики данных, особенно это касается присутствия заниженных показателей обнаружения алкоголя в биологических жидкостях на момент смерти, даже при насильственных причинах смертности.

**Целью** настоящей работы стал анализ смертности населения Забайкальского края от заболеваний, связанных с употреблением алкоголя за 2005-2015 гг.

**Материал и методы.** Для изучения алкоголь-ассоциированной смертности населения Забайкальского края были проанализированы данные, полученные из документов, хранящихся в Территориальном органе Федеральной службы Государственной статистики по Забайкальскому краю (с 2005 по 2015 гг.). Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel.

**Результаты и их обсуждение.** По нашему мнению, смертность, непосредственно связанная с алкоголем, включает две основные группы причин – это отравления алкоголем и алкоголь-ассоциированные соматические заболевания, выступающие в качестве основной причины смерти. Конечно, этому способствует высокое потребление алкоголя и низкое его качество.

Случайные отравления алкоголем со смертельным исходом выступают объективным показателем тяжести алкогольной ситуации в стране: в России в 2015 году умерло по этой причине 9 557 человек. Показатель смертности составил в 2015 году 6,5 на 100 тыс. человек населения. Максимальной частота смертельных отравлений в стране была в 1994 году – 37,8 на 100 тыс. населения.

В 2015 году распространенность смертельных отравлений алкоголем в Забайкальском крае составила 14,9 на 100 тыс. человек населения (в 2014 году – 17,8 на 100 тыс.), по величине этого показателя регион в прошлом году оказался на 16 месте в Российской Федерации; максимальной она была в 2003 году – 68,8 на 100 тыс. Частота таких случаев в нашем регионе по-прежнему в 2,3 раза выше, чем в среднем по России и в 2,1 раза выше, чем в СибФО, хотя в последнее десятилетие отмечается существенное снижение этого вида смертности (в 4,4 раза – с 65,7 на 100 тыс. в 2005 году). Высокая смертность по этой причине регистрируется в трудоспособном возрасте – 24,4 на 100 тыс. населения в 2013 году.

Наши расчеты показали, что на смертность от случайных отравлений алкоголем в Забайкальском крае в среднем за 2005-2015 гг. пришлось 2,3% (3 968) от всей смертности населения края (169 967) и 12,0% от смертности по причине внешних факторов (33 085). При этом доля смертности по этой причине в структуре общей смертности снизилась за последнее десятилетие в 2,4 раза (с 3,8% в 2005 до 1,6% в 2015 году).

Что касается смертности от алкоголь-ассоциированных заболеваний, согласно МКБ-10, не вызывает сомнений смертельный исход у человека в результате следующих соматических причин алкогольной смерти: психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя; дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем; алкогольная полиневропатия; алкогольная миопатия; алкогольная кардиомиопатия; алкогольная болезнь печени; панкреатит алкогольной этиологии. Большую часть этих причин с 2005 года учитывают органы государственной статистики.

Показатель смертности от психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя, в Забайкалье составил в 2015 году 9,5 на 100 тыс. населения (в 1975 году он был 0,49 на 100 тыс. населения; в 1995 году – 9,4; в 2005 году – 6,9). За последние 10 лет минимальная величина этого показателя регистрировалась в 2009 году – 2,1 на 100 тыс. В 2014-2015 гг. отмечен существенный рост. В трудоспособном возрасте показатель смертности от данной причины в 2015 году был равен 11,4 на 100 тыс.

Смертность от алкогольной болезни печени в регионе существенно выросла за последние 20 лет (с 1,2 на 100 тыс. населения в 1995 году до 9,2 в 2015 году). В 2005 году



этот показатель был равен 10,3 на 100 тыс., за прошедшие 10 лет он сохраняется стабильным. У лиц в трудоспособном возрасте смертность по причине алкогольной болезни печени составила 8,9 на 100 тыс. в 2015 году.

Смертность по причине панкреатита алкогольной этиологии в нашем регионе за десять последних лет остается стабильной, показатель в 2015 году составил 0,3 на 100 тыс. населения (в 2005 году – 0,5 на 100 тыс.). Чуть выше смертность в результате алкогольной дегенерации нервной системы – 1,8 на 100 тыс. населения в 2015 году (в 2005 году – 0,7 на 100 тыс.).

Смертность по причине алкогольного панкреатита и алкогольной болезни печени в структуре летальности от болезней органов пищеварения составили в Забайкальском крае в среднем за 2005-2015 гг. 17,1% (1210 из 7074 умерших). Что свидетельствует, что каждый шестой житель, умерший от болезней органов пищеварения имел алкогольную этиологию заболевания (!).

Показатель смертности по причине алкогольной кардиомиопатии, начиная с момента учета, имеет тенденцию к снижению в Забайкальском крае: с 59,1 на 100 тыс. населения в 2005 году до 17,7 на 100 тыс. в 2015 году. При этом данный вид смертности у лиц в трудоспособном возрасте несколько выше, чем в общей популяции – 20,3 на 100 тыс. человек населения в 2015 году. Алкогольная кардиомиопатия в структуре смертности населения от болезней системы кровообращения составила в среднем за изучаемый период 4,6% (3 717 из 81 000 умерших).

Если суммировать показатели приведенных причин смертности, то в среднем за 2005-2015 гг. смертность населения Забайкальского края от заболеваний, связанных с употреблением алкоголя, составила 5,8 % (9 772) от всей смертности населения (169 967) за указанный период, при этом она снизилась в 1,8 раза – с 8,3% в 2005 до 4,6% в 2015 году. Динамика показателей алкогольной смертности следующая: в 2005 году показатель составлял 143,2 на 100 тыс., в 2015 году – 59,5 на 100 тыс. человек населения (снижение в 2,4 раза). При этом имеется отчетливая динамика снижения официальной алкоголь-ассоциированной смертности во всех группах населения в 2-2,5 раза. В структуре уменьшения показателей произошло за счет снижения смертности по причине случайных отравлений алкоголем и смертности от алкогольной кардиомиопатии.

Конечно, приведенные расчеты алкогольной смертности на основе официальных данных являются неполными и несколько заниженными, т.к. они не учитывают косвенную связь определенных причин смертности с алкоголизацией населения. В первую очередь, это касается насильственных причин смертности, при которых роль алкогольного фактора часто мы можем оценивать только по факту обнаружения алкоголя при проведении экспертизы (что составляет не прямые алкогольные потери).

**Заключение.** Таким образом, официальная алкоголь-ассоциированная смертность в Забайкальском крае составила за 2005-2015 гг. 5,8% от всей смертности населения региона. При этом расчеты, произведенные на основе учитываемых службой статистики данных, демонстрируют отчетливое снижение показателя алкогольной смертности в 2,4 раза (с 143,2 до 59,5 на 100 тыс. населения), которое произошло за счет уменьшения количества случайных отравлений алкоголем и умерших по причине алкогольной кардиомиопатии.

Полученные данные объективно свидетельствуют об улучшении алкогольной ситуации в нашем регионе, хотя ряд показателей остается еще существенно выше общероссийских. Особую озабоченность вызывает количество случаев алкогольной смертности в трудоспособном возрасте.

## НЕКОТОРЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Сахаров А.В., Вертопрахова Н.Ю., Ошкало А.Д., Москалев К.Е.

*Читинская государственная медицинская академия, Чита*

Наркологические расстройства – это заболевания, которые не только касаются здоровья и личности зависимого, как правило, родственники оказываются также втянуты в данную ситуацию. При этом, с одной стороны, от поведения родственников пациента может зависеть его дальнейшая судьба, с другой, жизнь ближайшего окружения (жен, детей, других родственников) становится наполнена неприятными переживаниями. В результате длительной подверженности стрессу у самих родственников могут развиваться своеобразные нарушения здоровья и личностного функционирования в виде психосоматических заболеваний, депрессии, суицидальных проявлений и даже химических аддикций.

**Целью** данной работы стало изучение основных социально-демографических, клинических и личностных характеристик родственников больных алкогольной зависимостью.

**Материал и методы исследования.** На базе Краевого наркологического диспансера Забайкальского края сплошным методом было проведено анкетирование, клинико-анамнестическое и психологическое обследование 232 родственников пациентов с алкогольной зависимостью.

Включенные в исследование были в возрасте от 20 до 65 лет (в среднем  $40,6 \pm 1,1$  лет). Женщины составили 64,7%, мужчины – 35,3% соответственно.

Была разработана специальная карта обследования, которая включала социально-демографический блок, данные наркологического анамнеза и специальную часть. В специальной части изучалось наличие созависимости при помощи шкалы измерения созависимости в отношениях Спанн-Фишера, степень алкоголизации при помощи анкеты-опросника Л.Т. Морозова и теста «AUDIT» (ВОЗ), самооценка характера в модификации Л.Т. Морозова.

Статистическая обработка полученных в ходе выполнения работы результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel и пакета прикладных статистических программ «Statistica-6.0». Достоверность различий определялась по *t* критерию Стьюдента.

**Результаты исследования.** Установлено, что согласно шкале Спанн-Фишера, умеренно выраженная созависимость была установлена у 62,9% (146) родственников больных алкоголизмом, резко выраженная – у 25,9% (60), проявления созависимости отсутствовали лишь в 11,2% (26) случаев.

Исходя из полученных результатов, были определены две группы обследованных: основную составили 206 человек с созависимостью, контрольную – 26 человек без созависимости. По возрасту респонденты были сопоставимы –  $40,7 \pm 1,2$  лет и  $40,0 \pm 3,1$  лет соответственно. Стоит отметить, что у созависимых родственников преобладали представители женского пола (67,0%;  $p < 0,05$ ), а при отсутствии созависимости – мужского (53,9%;  $p < 0,05$ ).

Не имеют собственной семьи в настоящее время 37,9% (в основной группе – 40,7%, в контрольной – 15,4%;  $p < 0,01$ ); отношения с близкими как плохие оценивают 31,0% (в основной группе – 32,0%, в контрольной – 23,1%); свои бытовые условия неудовлетворительными считают 23,3% (в основной группе – 23,3%, в контрольной – 23,1%). На малообеспеченность семьи указали 20,7% обследованных лиц (в основной группе – 18,5%, в контрольной – 38,5%;  $p < 0,05$ ).

Среди респондентов 6,0% имели неполное среднее образование, 8,6% – среднее, 37,9% – средне-специальное (в основной группе – 40,7%, в контрольной – 15,4%;  $p < 0,01$ ), 47,5% – высшее. В настоящее время работают 81,9% обследованных родственников, безработными считаются 18,1% (в основной группе – 19,4%, в контрольной – 7,7%;  $p < 0,05$ ).

Выявлено, что алкоголизмом родителей наследственность была отягощена у 28,4% родственников, при этом в группе созависимых этот показатель составил 30,1%, в группе без созависимости (контрольная) – 15,4%.

Хроническое соматическое заболевание имеют 25,8% обследованных (в основной группе – 28,2%, в контрольной – 7,7%;  $p < 0,001$ ). Отметим у себя в анамнезе суицидальные мысли, замысли, намерения и суицидальные попытки 30,2% респондентов (в основной группе – 31,1%, в контрольной – 15,4%;  $p < 0,05$ ).

Пробовали наркотики ранее 13,8% обследованных, еще 5,2% признались, что употребляют их систематически в настоящее время. Злоупотребляют алкоголем 28,5% родственников больных алкоголизмом (в основной группе – 29,2%, в контрольной – 23,1%). Различий между группами по этим показателям не установлено.

Анализ самооценки характера показал, что сдвиг общего адаптивного потенциала личности (СОАП) у родственников больных алкогольной зависимостью II стадии составил  $-26,2 \pm 9,7$  %. Сдвиг адаптивных свойств (САС) составил  $-0,6 \pm 5,7$  %; дезадаптивных (СДС) –  $30,3 \pm 7,2$  %. Следовательно, выраженность адаптивных свойств личности со временем практически не изменилась, а дезадаптивных – выросла. Различия по самооценке характера между двумя обозначенными выше группами не выявлены. При этом есть четкие различия по сдвигу общего адаптивного потенциала личности между родственниками без алкогольных расстройств ( $-7,4 \pm 12,1$ ) и злоупотребляющими алкоголем ( $-58,4 \pm 12,9$ ;  $p < 0,01$ ), а также с синдромом зависимости ( $-87,3 \pm 9,8$ ;  $p < 0,001$ ). Это происходит за счет уменьшения выраженности адаптивных свойств личности и опережающего увеличения дезадаптивных.

Не удовлетворены результатами прошлых обращений за наркологической помощью 45,7% родственников больных алкогольной зависимостью (в основной группе – 49,5%, в контрольной – 15,4%;  $p < 0,001$ ).

**Заключение.** Таким образом, у родственников больных алкоголизмом признаки созависимости были выявлены в 88,8% случаев. Среди созависимых близких преобладали представители женского пола (67,0%), имеющие чаще средне-специальное образование (40,7%), разведенные и проживающие одни (40,7%), в 2,5 раза чаще безработные (19,4%).

Кроме того, у созависимых лиц, в сравнении с контрольной группой, наследственность почти в 2 раза чаще была отягощена алкоголизмом родителей (30,1%), они в 2 раза чаще имели проявления суицидальности (31,1%), в 3,6 раза чаще имели хронические соматические заболевания (28,2%), они в 3 раза чаще были недовольны прошлыми обращениями родственников за наркологической помощью (49,5%).

Отличий по встречаемости химических аддикций установлено не было. При этом анализ самооценки характера продемонстрировал увеличение выраженности дезадаптивных свойств личности у родственников пациентов с алкогольной зависимостью с течением времени. Стоит отметить, что изменения личностных качеств не зависели от наличия созависимости, а продемонстрировали отличия в группах по выраженности алкогольных расстройств.

Все выявленные факты должны учитываться специалистами при работе с родственниками больных алкоголизмом.

## АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ СОВРЕМЕННЫХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ЧИТЕ

Сахаров А.В., Голыгина С.Е., Казыкин Р.Н., Герасимова Я.В.  
Читинская государственная медицинская академия, Чита

В настоящее время, как в мире, так и в России наблюдается изменение структуры используемых психоактивных веществ. Одной из тенденций является тенденция к замене классических наркотиков синтетическими, этот процесс сопровождается частыми передозировками и ростом интоксикационных и абстинентных психозов у потребителей. Еще одной особенностью стал рост популярности среди молодежи использования ненаркотических лекарственных препаратов в заведомо высоких дозировках с целью получения того или иного эффекта ввиду их доступности. Примером таких препаратов являются холинолитики, некоторые транквилизаторы, ГАМК-агонисты, миорелаксанты (например, «Тропикамид», «Триган-Д», «Цикломед», Баклофен, Прегабалин – «Лирика»). Со всеми перечисленными явлениями стали сталкиваться врачи Забайкальского края, что послужило предметом нашего анализа.

**Цель исследования:** изучение случаев обращаемости за медицинской помощью потребителей современных психоактивных веществ (наркотических и ненаркотических) в городе Чите.

**Материал и методы.** Сплошным методом были проанализированы истории болезни пациентов, проходивших лечение в токсикологическом центре Городской клинической больницы, Краевом наркологическом диспансере, Краевой клинической психиатрической больнице им. В.Х. Кандинского за период с 2014 по 2015 гг. по поводу расстройств, связанных с потреблением современных психоактивных веществ. Всего в исследование было включено 86 случаев использования синтетических наркотиков и 23 случая использования ненаркотических лекарственных препаратов. Статистическая обработка результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel (описательная статистика).

### СИНТЕТИЧЕСКИЕ НАРКОТИКИ.

Установлено, что 57,0 % всех госпитализаций пришлось на токсикологический центр; 37,2 % – на наркологический диспансер; 5,8 % – на психиатрическую больницу. В 2015 году обращений потребителей СН за медицинской помощью стало в 4,7 раза больше (!), чем в 2014 (71 и 15 случаев соответственно).

Большинство обратившихся были представителями мужского пола (87,2 %). Возраст составил от 14 до 43 лет (в среднем –  $27,6 \pm 0,8$  лет): подростки – 12,8 %, остальные – лица молодого трудоспособного возраста. 68,6 % потребителей СН были безработными, 12,8 % – учащимися и 18,6 % – работающими. Имели семью 31,4 % пациентов. Судимость за хранение наркотиков ранее уже была у 17,4 % потребителей.

Под наблюдением у нарколога по месту жительства состояли 29,1 % обратившихся; коморбидные алкогольные расстройства имелись у 20,9 %.

Ранее потребляли другие наркотики 36,1 % включенных в исследование (48,4 % пришлось на опиаты, 19,4 % – на производные растительной конопли и 32,2 % – на сочетание нескольких наркотиков).

Структура потребляемых синтетических наркотиков оказалась следующей: синтетические каннабиноиды – 61,6 %; синтетические стимуляторы – 33,7 %; сочетанное их употребление – 4,7 %. При этом если синтетические каннабиноиды употреблялись путем курения, то синтетические стимуляторы – преимущественно внутривенно (65,5 %), поэтому можно говорить о формировании нового вида парентеральной наркомании.

Причиной обращения за стационарной медицинской помощью в 6,9 % случаев послужил синдром зависимости и злоупотребление, в 29,1 % случаев – синдром отмены

неосложненный, в 32,6 % случаев – психотические расстройства интоксикационные и абстинентные (представлены либо делирием, либо шизофреноподобными психозами), в остальных случаях (31,4 %) – отравления принимаемыми веществами (представлены были исключениями сознания). Обратились самостоятельно 32,6 % потребителей, остальные 67,4 % были доставлены скорой медицинской помощью. Сроки стационарного лечения составили от 1 до 29 дней (в среднем  $6,1 \pm 0,7$  к/д).

**Закключение.** Таким образом, за последние два года в Чите стали прогрессивно увеличиваться случаи обращения за медицинской помощью ввиду последствий потребления синтетических наркотиков, что наглядно демонстрирует напряженность современной наркологической ситуации. Среди обратившихся преобладали лица мужского пола молодого возраста. Более трети потребителей имели опыт приема других наркотиков ранее, пятая часть – алкогольные расстройства. Причиной госпитализации в 31,4 % случаев послужили отравления, в 32,6 % психотические расстройства и в 36,0 % случаев – абстиненция и синдром зависимости.

#### **НЕНАРКОТИЧЕСКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА.**

Выявлено, что 65,3 % всех госпитализаций потребителей лекарственных ненаркотических психоактивных веществ пришлось на токсикологический центр; 30,4 % – на наркологический диспансер; 4,3 % – на психиатрическую больницу. В 2015 году обращений потребителей ненаркотических психоактивных веществ за медицинской помощью стало в 2,8 раза больше (!), чем в 2014 (17 и 6 случаев соответственно).

Большинство обратившихся были представителями мужского пола (82,6 %). Возраст составил от 15 до 42 лет (в среднем –  $26,3 \pm 1,3$  лет): подростки – 4,1 %, остальные – лица молодого трудоспособного возраста. 78,3 % потребителей были безработными, 8,7 % – учащимися и 13,0 % – работающими. Имели семью только 8,7 % пациентов. Под наблюдением у нарколога по месту жительства состояли 39,1 % обратившихся; коморбидные алкогольные расстройства имелись у 30,4 %.

Ранее потребляли наркотики 43,4 % включенных в исследование (50 % из них пришлось на опиаты; оставшиеся 50 % – на производные растительной конопли).

Структура потребляемых в настоящее время лекарственных препаратов оказалась следующей: Баклофен – 39,1 %; Прегабалин – 17,4 %; Триган-Д – 4,3 %, сочетанное употребление нескольких веществ – 39,2 %. При этом в сочетании присутствовали случаи парентерального использования Тропикамида и Цикломеда с указанными выше таблетированными формами.

Причиной обращения за стационарной медицинской помощью в 8,7 % случаев послужил синдром зависимости и злоупотребление, в 21,7 % случаев – синдром отмены неосложненный, в 34,8 % случаев – психотические расстройства интоксикационные и абстинентные (представлены либо делирием, либо шизофреноподобными психозами), в остальных случаях (34,8 %) – отравления принимаемыми веществами (представлены были исключениями сознания). Обратились самостоятельно 34,7 % потребителей, остальные 65,3 % были доставлены скорой медицинской помощью. Сроки стационарного лечения составили от 2 до 28 дней (в среднем  $7,7 \pm 1,8$  к/д).

**Закключение.** Таким образом, за последние два года в Чите наметилась отчетливая тенденция к увеличению случаев обращения за стационарной медицинской помощью потребителей лекарственных ненаркотических психоактивных веществ, что наглядно демонстрирует особенности изменения современной наркологической ситуации. Установлено, что среди обратившихся преобладали лица мужского пола молодого возраста, более 40,0 % которых имели опыт приема наркотиков в прошлом, а более трети – коморбидные алкогольные расстройства. При этом причиной госпитализации в 34,8 % случаев послужили отравления, в 34,8 % психотические расстройства и в 30,4 % случаев – абстиненция и синдром зависимости.

## БРЕМЯ ПАРАСУИЦИДОВ ДЛЯ СОМАТИЧЕСКОГО МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА ЧИТЫ

Сахаров А.В., Дегтяренко О.А., Матюшенко А.В.  
Читинская государственная медицинская академия, Чита

Адекватная регистрация незавершенных суицидальных действий необходима для соответствующего развития кризисной помощи данному контингенту лиц с целью профилактики повторных парасуицидов. Кроме того, эти случаи создают определенную нагрузку для деятельности лечебных учреждений, что требует дополнительного уточнения и изучения.

В 2016 году Чита стала одним из центров исследования «Многоцентровое клинико-эпидемиологическое и экономическое изучение бремени парасуицидов» (научный руководитель – профессор, д.м.н. Любов Е.Б., Москва).

В течение апреля проводилось обследование сплошным методом лиц, обратившихся в Городскую клиническую больницу Читы по поводу суицидальных попыток. Всего было зафиксировано 11 таких случаев, все обратившиеся были госпитализированы. Среди парасуицидентов был 1 мужчина и 10 женщин в возрасте от 16 до 64 лет (средний возраст составил  $38,2 \pm 4,4$  лет). Среди респондентов по 27,3 % имели высшее, средне-специальное и полное среднее образование, 18,1 % – неполное среднее. 45,4 % суицидентов являлись работающими, по 18,2 % – неработающими и пенсионерами, по 9,1 % – инвалидами и учащимися.

Наследственность обратившихся за медицинской помощью по поводу суицидальных действий была отягощена алкоголизмом близких родственников в 9,1 % случаев, суицидом близких родственников – в 27,3 % случаев.

Структура способов суицидальных попыток была следующей: 81,8 % – медикаментозное/полимедикаментозное самоотравление, 9,1 % – отравление уксусной кислотой, 9,1 % – самопорезы.

Причиной парасуицида 54,5 % указали конфликты с близкими родственниками, 9,1 % – смерть близкого человека, 9,1 % – финансовые проблемы, 9,1 % – осуждение сына, 18,2 % – «депрессию» и «нежелание жить».

Суицидальные попытки совершали в алкогольном опьянении 54,5 % обследованных, в абстинентном состоянии – 9,1 %, в трезвом состоянии – 36,4 %. Прощальную записку оставили 2 человека из 11, еще один – послал прощальное СМС. 90,9 % совершили суицидальные действия дома. Не первый раз (максимум – четвертый) совершают парасуицид 36,4 % лиц, включенных в исследование.

Подавляющее большинство обратившихся (90,9 %) были госпитализированы в реанимационное отделение, один – в хирургическое.

Всего они провели в стационаре от 2 до 29 койко/дней. Один человек умер, два были переведены в психиатрическую больницу, остальные – выписаны домой. Исходя из стоимости пребывания в отделениях данного профиля, лечение суицидентов обошлось в апреле многопрофильному стационару в 484 520 рублей.

Все суициденты были осмотрены психиатром, острая реакция на стресс была диагностирована в 63,6 % случаев, алкоголизм – в 18,2 % случаев, острая реакция на стресс и алкоголизм – в 9,1 % случаев, расстройство личности – в 9,1 % случаев.

В результате двое были переведены в психиатрическую больницу, двоим рекомендовано наблюдение у нарколога по месту жительства. По шкале депрессии Бека депрессия диагностирована у 18,2 % обследованных.

Перед выпиской у двоих парасуицидентов оставалось суицидально-фиксированное отношение к суицидальной попытке, у двоих – манипулятивное, у двоих – аналитическое, у пятерых – критическое.

Полученные данные являются только началом анализа полученных результатов, который должен в масштабах страны продемонстрировать ту нагрузку, которую несут соматические стационары ввиду лечения парасуицидентов.

## **КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ТЕНДЕНЦИЯМИ**

Сахаров А.В., Мындускин И.В., Калашникова Н.М., Мишкилеева Д.А., Романенко В.А.  
*Читинская государственная медицинская академия, Чита*

Одной из наиболее трагических составляющих смертности больных алкогольной зависимостью является насильственная смертность в результате самоубийств. Установлено, что смертность по причине суицидов в популяции данных пациентов колеблется от 7,0 до 15,0 % только по данным наркологического учета. Согласно результатам нашего исследования, среди 5 050 обследованных лиц, совершивших суицидальную попытку, психические и поведенческие расстройства были диагностированы в 25,4 % случаев, в структуре которых преобладал алкоголизм (42,5 %). При этом среди суицидентов в алкогольном опьянении психические и поведенческие расстройства были выявлены у 28,8 %, где на алкогольную зависимость пришлось уже 70,3 % (Сахаров А.В., Говорин Н.В., 2007-2015). Также определяется тесная связь между депрессией и алкоголизмом. Считается, что алкогольная депрессия – одна из наиболее частых причин суицидальных попыток, совершаемых лицами, злоупотребляющими алкоголем.

Таким образом, важность продолжения исследований в этой области определяется как существенной распространенностью среди населения алкогольных расстройств, так и высоким суицидальным риском больных алкоголизмом. При этом на сегодняшний день остается много открытых вопросов во взаимоотношениях в системе «алкоголизм – самоубийства», которые требуют дополнительного уточнения.

**Цель настоящего исследования:** изучение распространенности суицидальных тенденций у больных алкоголизмом с описанием их клинико-демографических особенностей.

**Материал и методы исследования.** На базе Краевого наркологического диспансера Забайкальского края сплошным методом было проведено анкетирование, клинико-anamnestическое и психологическое обследование пациентов с синдромом зависимости от алкоголя II стадии. Оно осуществлялось на 4-5 день стационарного лечения после купирования проявлений алкогольного абстинентного синдрома. Группой исключения были лица, имеющие в анамнезе употребление наркотических веществ, а также получающие наркологическую помощь анонимно. Всего было обследовано 157 человек в возрасте от 20 до 60 лет (средний возраст –  $41,2 \pm 0,8$  лет). Мужчин среди них было 61,8 % (97), женщин – 38,2 % (60).

На каждого пациента заполнялась специально разработанная карта, включающая 36 пунктов об общем, наркологическом и суицидологическом анамнезе пациента, шкалу Гамильтона для оценки депрессии, самооценку характера в модификации Л.Т. Морозова.

В зависимости от выявленного суицидологического анамнеза больные были разделены на 3 группы: первая – имевшие суицидальные попытки в анамнезе; вторая – отмечавшие у себя ранее мысли, намерения или замысел самоубийства; третья – отсутствие суицидальности в анамнезе. Структурирование по полу и возрасту внутри групп не осуществлялось.

Статистическая обработка полученных в ходе выполнения работы результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel и пакета прикладных статистических программ «Statistica-6.0». Достоверность различий определялась по *t* критерию Стьюдента.

**Результаты исследования.** Выявлено, что имели суицидальные попытки в анамнезе – 20,4 % (32) обследованных, отмечали у себя ранее мысли, намерения или замысел самоубийства – 21,0 % (33), отсутствие суицидальности в анамнезе зарегистрировано в 58,6 % (92) случаев.

Установлено, что подавляющее большинство (более 80 %) суицидальных действий или внутренних проявлений суицидальности у больных алкоголизмом были связаны с приемом спиртных напитков. Так, мысли или намерения суицида возникали в алкогольном опьянении в 45,5 % случаев, в состоянии похмелья – в 36,4 % случаев. Парасуициды совершали в алкогольном опьянении 59,4 % обследованных, в абстинентном состоянии – 25,0 %. Способы суицидальных попыток (в анамнезе) распределились следующим образом: самопорезы – 37,5 %; самоповешения – 34,4 %; медикаментозные отравления – 12,5 %; падения с высоты – 3,1 %; несколько разных – 12,5 %. При этом неоднократно совершали суицидальные действия 43,8 % представителей данной группы. Не исключают повторение парасуицида в будущем 31,3 % респондентов.

По уровню образования, занятости, условиям проживания достоверных различий между исследуемыми группами не получено. Выявлено, что пациенты с парасуицидами в анамнезе чаще были судимы, по сравнению с лицами без суицидальности ( $p < 0,05$ ).

Пациенты с парасуицидами в анамнезе чаще переносили черепно-мозговые травмы, по сравнению с третьей группой (43,8 % и 18,5 %;  $p < 0,01$ ); наследственность их в 3,2 раза чаще была отягощена алкоголизмом близких родственников (56,3 % и 17,4 %;  $p < 0,001$ ); они чаще пробовали наркотические средства ( $p < 0,05$ ); чаще встречались судорожные припадки (37,5 % и 18,5 %;  $p < 0,05$ ) и психозы (46,9 % и 25,0 %;  $p < 0,05$ ) в абстиненции.

Анализ самооценки характера показал, что сдвиг общего адаптивного потенциала личности (СОАП) у больных с алкогольной зависимостью II стадии составил  $-320,5 \pm 17,6$  %. Это соответствует данным, полученным Л.Т. Морозовым (2002-2007). Сдвиг адаптивных свойств (САС) составил  $-169,9 \pm 9,2$  % дезадаптивных (СДС) –  $151,1 \pm 11,0$  %. Т.е. выраженность адаптивных свойств личности больных алкогольной зависимостью со временем уменьшилась, а дезадаптивных – выросла. Различия по самооценке характера между больными алкогольной зависимостью трех обозначенных выше групп не выявлены.

По шкале Гамильтона в постабстинентном состоянии депрессивные расстройства отсутствовали у 33,8 % больных алкоголизмом, легкие проявления зарегистрированы в 22,9 % случаев, средней степени тяжести – в 29,3 % случаев, тяжелые депрессивные расстройства установлены в 7,6 % случаев, крайне тяжелые – в 6,4 % случаев.

При этом у пациентов с парасуицидами в анамнезе депрессия отсутствовала только у 3,1 % больных в постабстинентном состоянии, что существенно отличалось от двух других групп (30,3 % и 45,7 % соответственно;  $p < 0,001$ ); а тяжелых и крайне тяжелых депрессивных проявлений наоборот отмечалось больше (37,6 %;  $p < 0,001$ ).

**Заключение.** Таким образом, при обследовании больных с алкогольной зависимостью «классические» аутоагрессивные проявления были выявлены в 41,4 % случаев. Абсолютное большинство суицидальных попыток этим контингентом предпринималось в состоянии алкогольного опьянения (59,4 %) или абстиненции (25,0 %). Данный факт перекликается с полученными нами ранее результатами и указывает на то, что наличие алкогольного опьянения у лиц с алкогольной зависимостью существенно повышает суицидальный риск, в том числе за счет брутализации суицидальных действий.



При этом в группе обследованных пациентов, совершивших парасуицид, отмечалась более частая наследственная отягощенность по алкоголизму, более тяжелое течение самого заболевания и зарегистрированная по шкале Гамильтона высокая частота и выраженность депрессивных расстройств. Все это может объяснять существенную суицидальную активность больных алкоголизмом.

## ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЙ ИНТЕНСИВНОЙ И МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Снигуряк Т.В.

*Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского, Чита*

Помимо улучшения материально-технической базы за счет сдачи в эксплуатацию новой больницы в мае 2015 года, благодаря слиянию «Краевой психиатрической больницы № 2» и «Краевого психоневрологического диспансера» в июле 2014 года, были открыты принципиально новые современные отделения оказания внебольничной помощи, прописанные в Порядке оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения. Были внедрены в практическую работу новые подходы и принципы оказания психиатрической помощи.

Основные принципы, предусмотренные Порядком оказания медицинской помощи:

1. Деинституционализация, основная идея, которой, заключается не столько в уменьшении числа госпитализируемых в психиатрический стационар и в сокращении длительности их пребывания в стационаре, а сколько, в изменении содержания и качества осуществляемой терапевтической работы.

2. Перенос акцента оказания помощи лицам с психическими расстройствами со стационарного звена на внебольничные формы.

3. Оптимизация кадрового ресурса, штатного расписания.

4. Усиление междисциплинарного подхода (биопсихосоциальной модели) в оказании психиатрической помощи.

5. Дифференциация отделений по профилю, контингенту пациентов, направленности.

В каждом подразделении учреждения внедрен полипрофессиональный принцип, т.е. психиатрическая помощь пациентам оказывается бригадой специалистов, состоящей из врача-психиатра, медицинского психолога, специалистов социальной службы, медицинской сестры, врача-психотерапевта, трудовых инструкторов (художники, музыканты, инструктор швейного цеха).

Вместе с увеличением количества работающих в учреждении специалистов полипрофессиональной бригады, изменилось и качество оказания помощи. За счет улучшения материально-технической базы, появилась возможность регулярного проведения собраний заседания бригады, проведения комплексных реабилитационных, трудовых, досуговых мероприятий среди пациентов учреждения.

Основные изменения, касающиеся **стационарных подразделений**, заключаются в уже указанном усовершенствовании междисциплинарного бригадного подхода и дифференциация отделений по профилю, нозологии пациентов, по направленности работы (отделение первого психотического эпизода, психотерапевтическое отделение, соматогериатрическое, медико-реабилитационное отделение, реабилитационное отделение для формирования навыков самостоятельного проживания, отделения принудительного лечения и пр.).

Самые кардинальные изменения при внедрении Порядка произошли во **внебольничном звене медицинской помощи**, т.к. данные отделения, инновационные для нашей территории, были организованы впервые. В целом, оказание помощи больным во внебольничных условиях, снижает возможность формирования госпитализма, поддерживает необходимый уровень комплаенса, повышает мотивацию родственников на поддержку пациента, вследствие чего возрастает вероятность благоприятного течения заболевания и сохранения социального функционирования людей с психическими расстройствами.

Задачи всех внебольничных отделений. 1. Активное лечение первичных пациентов. 2. Предотвращение рецидивов у пациентов, лечившихся во внебольничных или больничных условиях ранее. 3. Долечивание выписанных из больницы пациентов. 4. Призрение (присмотр, забота) психически больных.

Развитие междисциплинарного подхода, внедрение современных методик на базе отделений внебольничной помощи, приводит к постепенному совершенствованию качественно новых подразделений, предназначенных для обследования, экспертизы, лечения и реабилитации людей, страдающих психическими нарушениями, в условиях, приближенных к привычным для больных.

**Кризисная служба (телефон доверия и кабинет медико-социально-психологической помощи).** Основные функции кризисной службы заключаются в оказании консультативной помощи, консультативно-диагностической и лечебной (комплексной антикризисной медицинской, психологической и социальной) работе с лицами, находящимися в кризисном, суицидоопасном состоянии; в мониторинге и анализе суицидальной активности населения города Читы и Забайкальского края; в психопросветительной и профилактической работе с населением.

**Кабинет активного диспансерного наблюдения и проведения амбулаторного принудительного лечения.** Кабинет АДН предназначен для осуществления амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра лиц, в отношении которых вынесено определение суда о назначении данной меры медицинского характера в соответствии со статьей 100 УК РФ, а также лиц, находящихся на АДН.

**Отделение медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях.** Отделение медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях предназначено для оказания медицинской помощи пациентам, нуждающимся в проведении активной психосоциальной, реабилитационной работы в связи с наличием у них различных социальных, бытовых трудностей, проблем. Отделение рассчитано на 50 мест.

Отделение выполняет следующие функции:

- Проведение совместно с организациями социальной защиты населения медико-психосоциальной работы с пациентами и их семьями;
- Организация взаимодействия с организациями, осуществляющими психосоциальную работу с пациентами;
- Психосоциальная поддержка пациентов в условиях обычного проживания;
- При необходимости направление пациентов в медико-реабилитационные отделения учреждения. Снижение риска направлений пациентов отделения для оказания круглосуточной острой стационарной помощи;
- Улучшение качества жизни пациента и его близких;

За 2015 год в отделение поступило 1149 пациентов из них 669 пациентов с районов Забайкальского края. Пациентам была оказана следующая помощь:

Всего	Виды оказываемой помощи						
	Вопросы МСЭ	Оформление документов в дом интернат	Восстановление документов	Консультация по юридическим вопросам	Оформление в соц.приют	ЦЗН	Прочие вопросы
1149							
всего	1100	21	6	3	6	10	3
Город-480	434	20	6	2	6	10	2
Село-669	666	1	-	1	-	-	1

За период работы отделения в бюро МСЭ впервые освидетельствовано 163 пациента из них 59 сельских. Определена следующая группа инвалидности: 2 группа – 79 человек, 2 группа – 28 человек, 3 группа – 38 человек, 18 пациентам группа инвалидности не установлена.

В отделении на больного ведется амбулаторная карта, социальный паспорт. Пациенты отделения по мере необходимости получают лечебно-диагностическую помощь, принимают поддерживающее медикаментозное лечение. При достижении результатов, пациент выписывается из отделения и передается в диспансерное отделение.

Помощь пациентам в отделении осуществляется в составе полипрофессиональной бригады, бригадиром и координатором которой является врач-психиатр. В состав бригады специалистов входят: медицинская сестра, психолог, специалист по социальной работе, психотерапевт. За 2015 год в групповых занятиях с психологом и социальным работником было задействовано 210 пациентов. Занятия проводились 2 раза в неделю по следующим направлениям: тренинги «Антистрессовый стиль жизни», «Успешное общение», «Развитие творческих способностей», «Арт-терапия», «Тренинг социальных навыков», Тренировка навыков вербального общения», «Развитие памяти, внимания», и пр. Бригада специалистов проводит семейное консультирование, обучение близких уходу за больными, страдающими деменцией.

**Отделение интенсивного оказания психиатрической помощи.** Отделение интенсивного оказания психиатрической помощи предназначено для оказания медицинской помощи пациентам, нуждающимся в проведении активной терапии в связи с ухудшением психического состояния при отсутствии показаний к недобровольной госпитализации.

Отделение интенсивного оказания психиатрической помощи (далее отделение ИОПП) рассчитано на 75 коек (50 коек дневного пребывания и 25 коек «стационар на дому»). Кроме того, в отделении функционирует так называемый «виртуальный» участок, построенный не по территориальному принципу, а по специфике контингента пациентов. Работа в отделении осуществляется на основе принципа партнерства с пациентами в наименее стигматизирующих условиях.

За 2015 г. состоялось 2108 амбулаторных посещений отделения пациентами. В большей степени, наблюдались пациенты первого психотического эпизода, получающие поддерживающую терапию и нуждающиеся в постоянном контроле психического состояния, корректировке доз лекарственных препаратов.

Помощь пациентам в отделении осуществляется в составе полипрофессиональной бригады, бригадиром и координатором которой является врач-психиатр. В состав бригады специалистов входят: медицинская сестра, психолог, специалист по социальной работе, психотерапевт. За 2015 год было охвачено 83 человека (12 групп, 96 занятий).

Категории пациентов, подлежащих госпитализации в отделение ИОПП:

- 1) Первичные пациенты с клиникой эндогенного процесса (шизофрения, биполярное аффективное расстройство, шизоаффективное расстройство).
- 2) Пациенты с клиникой психотического эндогенного регистра, имеющие в анамнезе не более 3-х госпитализаций и при условии, если они больны не более 5 лет.
- 3) Пациенты с частыми обострениями, неблагоприятным течением хронических эндогенных заболеваний (шизофрения, БАР, ШАР), с госпитализациями более 2-х раз в год, трудоспособного возраста (женщины младше 55 лет, мужчины младше 60 лет), не достигшие грубого дефекта, не утратившие способность к комплаенсу.
- 4) Пожилые пациенты нетрудоспособного возраста (женщины старше 55 лет, мужчины старше 60 лет), нуждающиеся в помощи на дому или в отделении дневного пребывания (поздние психозы, деменция, сосудистая патология), при наличии родственников, которые могли бы обеспечить контроль за приёмом лекарств, динамикой состояния.

Среднее число дней пребывания больного на койке дневного стационара отделения ИОПП в 2015 году составило 91,8. Высокий указанный показатель обусловлен тем, что пациенты группы шизофренического спектра, часто имеют несформированные установки на лечение, выраженные признаки социальной дезадаптации. Кроме того, большинство пациентов данной группы получают атипичные нейролептики, относящиеся к группе дорогостоящих, в связи с чем, пациенты стремятся получать препараты в отделении максимально возможный временной период, необходимый для той или иной нозологической формы.

Проанализировав структуру заболеваемости поступающих в дневной стационар отделения ИОПП, можно сделать вывод, что наибольший удельный вес составляют пациенты, страдающие шизофреническим спектром расстройств (шизофрения, шизотипические расстройства, острые преходящие расстройства с симптомами шизофрении). Это позволяет наблюдать и лечить пациента с патологией шизофренического спектра в амбулаторных комфортных условиях.

Пациенты геронтологического профиля и пациенты с тяжелым течением хронических психотических расстройств получают терапию в условиях стационара на дому. Пациенты обслуживаются в составе бригады специалистов на дому, где непосредственно осуществляется лечебно-диагностическая помощь, с отдельными видами психосоциального воздействия (психотерапевтические беседы с самим пациентом, обучающие беседы с родственниками пациента, установление социального статуса больного).

Основная психическая патология пациентов стационара на дому ОИОПП, это деменция преимущественно сосудистого генеза с психотическими симптомами. Органическая патология головного мозга также занимает высокий удельный вес. Пациенты, страдающие шизофренией, поступают в стационар на дому при достижении выраженной дезадаптации, т.к. они не способны в силу болезни самостоятельно посещать отделение, самостоятельно принимать препараты, выполнять все необходимые рекомендации. Вследствие адекватной комплексной терапии, психосоциальной реабилитационной работы, длительного динамического наблюдения за такими больными удается добиваться приглушения психотической симптоматики, сформировать установки на продолжение лечения, как у самого пациента, так и у родственников.

Несмотря на непродолжительный период работы отделения ИОПП, благодаря усиленной работе и равнодушному отношению каждого сотрудника отделения, удалось создать терапевтическую среду, благоприятную атмосферу в подразделении, что в итоге помогло сформировать достойный имидж отделения, его востребованность и загруженность.

Хотелось бы отметить, что напряженная, созидательная работа всего коллектива подразделений внебольничной психиатрической помощи ГКУЗ «ККПБ им. В.Х. Кандинского» по открытию, разработке методик, получению собственного опыта работы, выявляет различные проблемы, трудности, недочеты. Однако, обнаруживаемые недочеты заставляют более активно искать пути решения, менять подходы, пересматривать ориентиры для улучшения психиатрической помощи в амбулаторных условиях и для повышения качества жизни людей с психическими расстройствами в целом.

Несомненно анализ работы отделений интенсивной и медико-психосоциальной помощи в амбулаторных условиях ГКУЗ «ККПБ им. В.Х. Кандинского» доказывает необходимость функционирования современных форм внебольничного звена, и продолжения их развития и совершенствования в целях улучшения помощи людям с психическими расстройствами.

## ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ БОЛЬНЫХ ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ В ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРОАКТИВНЫХ СТРАТЕГИЙ СТРЕСС-ПРЕОДОЛЕВАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ

Соболев В.А., Давыдова И.А., Ярославская М.А.

*Психиатрическая клиническая больница им. Ю.В. Каннабиха, Москва*

**Целью настоящего исследования** явилось исследование гендерных различий больных шизотипическим расстройством в использовании проактивных стратегий стресс-преодолевающего поведения.

**Характеристика групп, обследуемых и методы:** в исследовании приняли участие 30 человек в возрасте от 31 года до 50 лет с установленным диагнозом по МКБ-10 F21 «шизотипическое расстройство». Больные находились на лечении в ГБУЗ «ПКБ имени Ю.В. Каннабиха ДЗМ».

Выборка из 30 пациентов была разбита на 2 группы. В первую группу вошли 15 мужчин, средний возраст –  $40,7 \pm 7,04$  лет. Группу сравнения составили 15 женщин, средний возраст –  $40,4 \pm 6,15$  лет. Для изучения частоты использования и оценки степени эффективности копинг-стратегий применялась методика «Проактивное совладающее поведение» (Аспинвал, Шварцер, Тауберт, 1999; Адаптация Е. Старченковой, в модификации В.М. Ялтонского, 2009).

Статистическая обработка результатов исследования: при статистической обработке результатов рассчитывались среднеарифметические значения, стандартные отклонения, достоверность различий между группами. Последний показатель рассчитывался по U-критерию Манна-Уитни. При обработке результатов использовалась компьютерная статистическая программа «Statistica 6.0». Использовали также программу MICROSOFT EXCEL 2003. Расчет производился с достоверностью  $p \leq 0,05$ .

**Результаты исследования и их обсуждение.** В ходе тестирования установлено, что у больных шизотипическим расстройством получены низкие значения по всем параметрам методики, что указывает на недостаточное обращение к формам проактивного совладающего поведения. Достоверно менее развит ( $p=0,01$ ) процесс целеполагания у женщин, для них средний балл составил  $31,9 \pm 4,3$ , по сравнению с мужчинами, для которых значения варьируют в области  $37 \pm 2,8$ . Таким образом, во второй выборке наблюдается дефицит обращения к базисной форме проактивно-совладающего поведения — проактивному преодолению. Т.е. к процессу, играющему важную роль в подготовке и предотвращении потенциальных будущих стрессоров, женщины обращаются реже в сравнении с мужчинами.

Не выявлено надежных различий ( $p > 0,05$ ) при сравнении результатов мужчин и женщин по шкале «рефлексивное преодоление». Получены фактически одинаковые значения в группах. Средний балл для мужчин составил  $23,07 \pm 2,15$ , для женщин –  $23,1 \pm 2,02$ . Полученные данные указывают на редкое обращение к рефлексивному преодолению у пациентов, страдающих шизотипическим расстройством, что может приводить к менее сформированному представлению о ходе деятельности, недостатку навыков планирования, выбора более эффективных способов совладания со стрессовыми ситуациями и, следовательно, к менее успешному и затяжному решению проблемных ситуаций. Вышеизложенное является одним из факторов риска нарастания эмоционального напряжения и, как следствие, усугубления психического состояния пациента.

По шкале «стратегическое планирование» достоверных различий при сравнении результатов мужчин и женщин не было выявлено ( $p > 0,05$ ), средние показатели для мужчин составили  $8,3 \pm 0,9$ , для женщин –  $8 \pm 1,25$ , что указывает на редкое обращение к стратегическому планированию и может приводить к дезорганизации деятельности по

разрешению затруднительных ситуаций. Достоверно ( $p=0,01$ ) более высокие баллы по шкале «превентивное преодоление» получены у мужчин –  $30,6 \pm 2,03$ , по сравнению с женщинами –  $26,1 \pm 2,2$ .

Т.о., мужчины чаще женщин в своем поведенческом арсенале используют стратегию «превентивное преодоление», они более сознательно и ответственно подходят к важности подготовки определенных действий по сохранению собственного здоровья и удовлетворительного самочувствия, таких как: накопление денежных средств, своевременное принятие медикаментозных препаратов, прохождение плановых обследований по предотвращению тех или иных неблагоприятных последствий, например, ухудшение своего психического состояния. При сопоставлении данных 1 и 2 группы получены практически одинаковые значения ( $p>0,05$ ) по шкале «поиск инструментальной поддержки»: для мужчин средний балл составил  $9,2 \pm 1,4$ , для женщин –  $9,13 \pm 1,25$ .

Недостаточно развитая стратегия «поиск инструментальной поддержки» у пациентов, страдающих шизотипическим расстройством, может приводить к сужению кругозора в решении проблемных и стрессовых ситуаций, ограничению средств в совладании с ними. Информирование психически больных о доступности и возможности более эффективного использования инструментальных ресурсов может повысить ощущение более успешного совладания с трудностями. Осознание того, что вышеупомянутые ресурсы доступны, может снизить уровень субъективно воспринимаемых угроз, вызванных стрессовыми ситуациями. Средние показатели для мужчин по шкале «поиск эмоциональной поддержки» составили  $7,8 \pm 1,3$ , для женщин –  $7,3 \pm 1,1$  ( $p>0,05$ ).

Полученные данные указывают на редкое обращение больных шизотипическим расстройством к ближайшему окружению за эмоциональной поддержкой. Они не удовлетворены имеющимися эмоциональными контактами, им сложно раскрывать и доверять свои чувства и переживания окружающим, что, скорее всего, связано с особенностями психической организации пациентов, вследствие которых им сложно адекватно оценивать и распознавать чужие эмоциональные проявления.

#### **Выводы:**

1. Мужчины и женщины, страдающие шизотипическим расстройством, по-разному оперируют проактивными стратегиями при совладании со стрессом болезни.

2. В обеих выборках наблюдается недостаточное обращение к проактивным формам стресс преодолеляющего поведения.

3. Больные шизотипическим расстройством испытывают дефицит навыков планирования, у них недостаточно сформировано представление о ходе деятельности и ограничен выбор эффективных способов совладания со стрессовыми и проблемными ситуациями.

4. У женщин с шизотипическим расстройством, по сравнению с мужчинами с шизотипическим расстройством, менее развиты навыки самостоятельного решения трудностей, целеполагания, рассмотрения вариантов разрешения конфликтных или затруднительных ситуаций.

5. Недостаточное обращение к стратегии «поиск инструментальной поддержки» пациентами, страдающими шизотипическим расстройством, может приводить к сужению кругозора в решении проблемных и стрессовых ситуаций, ограничению средств в совладании с ними.

6. Редкое обращение к стратегии «поиск эмоциональной поддержки» больными шизотипическим расстройством может быть связано с особенностями психической организации пациентов, вследствие которых им сложно адекватно оценивать и распознавать чужие эмоциональные проявления.

## СТРУКТУРА ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ ПРИ КОМОРБИДНОМ ТЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЭПШТЕЙН-БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И ШИЗОАФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА

Соболев В.А., Чумаков Д.В., Ярославская М.А.

*Психиатрическая клиническая больница им. Ю.В. Каннабиха, Москва*

**Цель настоящего исследования** – изучение личностных особенностей больных при коморбидном течении хронической Эпштейн-Барр вирусной инфекции и шизоаффективного расстройства.

**Характеристика групп, обследованных и методы исследования.** В исследовании приняли участие 30 человек в возрасте от 21 до 49 лет. Основная группа включала в себя 15 пациентов с коморбидным течением хронической Эпштейн-Барр вирусной инфекции в стадии обострения и шизоаффективного расстройства (МКБ 10: F25). Больные были приняты на лечение в отделения ПКБ им. Ю.В. Каннабиха по рекомендации к.м.н., врача аллерголога-иммунолога Московского научно-исследовательского института эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского Н.В. Хорошиловой.

Жалобы пациентов при коморбидном течении ЭБИ и шизоаффективного расстройства сводились к головным болям, ощущениям слабости, усталости, учащению простудных заболеваний, поражению кожного покрова пузырьковыми высыпаниями, с большей концентрацией, в области верхней и нижней губы, слизистой рта, половых органов, увеличению лимфатических узлов, повышению температуры тела; со стороны психики, вышеописанные особенности, дополнялись такими симптомами, как: эмоциональная неустойчивость, раздражительность, подозрительность, тревожность, чувство «сделанности мыслей», их «открытости». Средний возраст пациентов составил –  $43,4 \pm 15,3$ .

С целью демонстрации усредненных значений по методикам, вторую группу составили 15 условно здоровых человек, средний возраст –  $41,5 \pm 16,2$ . Группы являлись сопоставимыми по основным социально-демографическим характеристикам. Для изучения личностных особенностей применялась методика СМИЛ Л.Н. Собчик (2002). Для изучения частоты использования и оценки степени эффективности копинг-стратегий применялся копинг-опросник WaysofCopingQuestionnaire (WCQ) R.S. Lazarus, S. Folkman, адаптированный в лаборатории психоневрологического института им. В.М. Бехтерева под руководством Л.И. Вассермана (2009). Для оценки степени истощения личностных ресурсов стрессоустойчивости использовался опросник потерь и приобретений персональных ресурсов (ОППР) Н.Е. Водопьяновой, М.В. Штейн (2009).

**Результаты и их обсуждение.** Для 1 группы в профиле по методике СМИЛ ведущим являются пиковое сочетание 2 и 8 шкал, где их значения значительно превышают 80Т баллов, а сопутствующие высокие значения по 7-й шкале дополняются низкими результатами 9-й шкалы и высокими 0-й, что указывает на эндогенный тип реагирования. Полученный личностный профиль у больных при коморбидном течении ЭБИ и шизоаффективного расстройства указывает на высокий уровень социально-психологической дезадаптации, ее хронификацию, выражающуюся в эгоцентризме, навязчивых переживаниях, эмоциональной лабильности, склонности к реакциям раздражения и напряженности, неустойчивой самооценке, ипохондризаци, болезненной сосредоточенности на своем самочувствии, высоком уровне тревожности, повышенной утомляемости, ощущениях подавленности, опустошенности, усталости и угнетенности, потребности в отходе и ограничении социальных контактов.

Соотношение шкал достоверности F и K выявляет устойчивую тенденцию в восприятии своего психосоматического состояния как тяжелого. Достоверные различия

( $p < 0,05$ ) были выявлены при сопоставлении результатов больных и здоровых испытуемых из 1 и 2 выборки. Здоровые испытуемые обнаруживают большую жизнестойкость в сравнении с пациентами при коморбидном течении ЭБИ с шизоаффективным расстройством. Они занимают активную личностную позицию, оказывают выраженное сопротивление стресс-средовым воздействиям, в структуре мотивационной направленности – отмечается преобладание мотивации достижения, уверенность и быстрота в принятии решений.

Полученные данные согласуются с результатами исследования, полученными с помощью методики «WCQ». В ходе исследования было установлено, что у больных при коморбидном течении ЭБИ с шизоаффективным расстройством, в целом, ограничен выбор эффективных способов совладания со стрессовыми и проблемными ситуациями. Выявлены различия при сопоставлении результатов больных при коморбидном течении ЭБИ и шизоаффективного расстройства с данными здоровых испытуемых. Пациенты из 1 группы достоверно ( $p < 0,05$ ) активнее обращаются к копингам «конфронтация», «дистанцирование», «бегство-избегание», реже используют стратегии «самоконтроль», «поиск социальной поддержки», «принятие ответственности», «планирование решения проблемы», «положительная переоценка».

Таким образом, у пациентов при коморбидном течении ЭБИ и шизоаффективного расстройства наблюдаются защитный характер поведенческой активности, низкий функциональный уровень совладающего поведения, несбалансированность функционирования когнитивного, поведенческого и эмоционального компонентов копинга. Для больных при коморбидном течении ЭБИ и шизоаффективного расстройства в ситуациях стресса и заболевания наиболее предпочтительными стратегиями совладания являются эмоционально-ориентированные, они недооценивают значимость возможностей действенного преодоления проблемных ситуаций, проявляют недостаточную целенаправленность и рациональную обоснованность поведения в проблемной ситуации, предрасположенность к эмоциональной лабильности, внешнеобвиняющим реакциям, раздражительности, тревожности, слабому учету социальной действительности, испытывают выраженные трудности в использовании социальных ресурсов, склонны не признавать личной роли в возникновении трудностей, ухудшении своего состояния.

Результаты исследования ресурсности личности с помощью методики «Потери и приобретения персональных ресурсов» выявили высокий уровень ресурсности в группе здоровых испытуемых, средний балл составил –  $1,5 \pm 0,7$ , что достоверно ( $p < 0,05$ ) выше, в сравнении с показателями больных из 1 группы –  $0,6 \pm 0,3$ , для которых характерно расположение значений на нижней границе уровня ресурсности, что указывает на их большую стрессовую уязвимость, недостаточную удовлетворенность материальными средствами, нематериальными конструктами, внешними и внутренними – интерперсональными переменными.

#### **Выводы:**

1. У больных при коморбидном течении ЭБИ и шизоаффективного расстройства отмечается высокий уровень социально-психологической дезадаптации.

2. Личностный профиль больных при коморбидном течении ЭБИ с шизоаффективным расстройством, характеризуется преобладанием навязчивых переживаний, эмоциональной лабильности, склонности к реакциям раздражения и напряженности, неустойчивой самооценке, эгоцентризму, ипохондризацией, болезненной сосредоточенности на своем самочувствии, высоком уровне тревожности, повышенной утомляемости, ощущениях опустошенности, усталости и угнетенности, потребности в отходе и ограничении социальных контактов.

3. У больных при коморбидном течении ЭБИ с шизоаффективным расстройством ограничен выбор эффективных способов совладания со стрессовыми и проблемными ситуациями.



4. У больных при коморбидном течении ЭБИ с шизоаффективным расстройством отмечается разбалансированность функционирования эмоционального, когнитивного и поведенческого компонентов копинга.

5. Больные при коморбидном течении ЭБИ и шизоаффективного расстройства испытывают большую стрессовую уязвимость, меньшую удовлетворенность материальными средствами, нематериальными конструктами, внешними и внутренними – интрAPERсональными переменными, в сравнении со здоровыми испытуемыми.

6. Полученные результаты могут быть полезны в разработке медико-психологических программ, направленных на реабилитацию больных с коморбидным течением ЭБИ и шизоаффективного расстройства.

## **ПРОФИЛАКТИКА – КАК СПОСОБ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С КРИЗИСНЫМ СОСТОЯНИЕМ РЕБЕНКА**

Соколова О.В.

*Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского, Чита*

Современная ситуация развития психологической комфортной и безопасной среды, связана, прежде всего, с ростом социальных рисков, препятствующих полноценному развитию в плане физического, психического и психологического здоровья детей. В связи с этим актуальным и целесообразным направлением работы с детским неблагополучием является профилактика.

Развитие детского благополучия осуществляется на уровне семьи, различных заинтересованных ведомств: образования и здравоохранения, социальной защиты, с участием органов власти.

В системе здравоохранения Забайкальского края психологические услуги детскому населению оказываются в 7 государственных учреждениях, где работают 30 психологов, работа которых связана с обеспечением благополучного развития личности. В 2015 году выполнено 20 596 посещений к психологам, из них детьми (0-14 лет) 17 641, подростками (15-17 лет) – 2 955.

Различные опросы, анкетирования, проводимые в Государственном казенном учреждении здравоохранения Краевой клинической психиатрической больницей имени В.Х. Кандинского показали, что основным мотивом обращения в отделение Кризисной помощи является психообразовательный мотив, и наше отделение стремится максимально полно удовлетворить данный информационный интерес. В соответствии с вышесказанным, концепция коррекционно-профилактической среды Кризисной службы Забайкальского края разрабатывается в следующем направлении: развиваются связи и отношения между всеми заинтересованными ведомствами. Кризисная служба активно формирует ресурсы профилактической работы для обеспечения процессов психообразования, работает над развитием психологической грамотности населения, стремится повысить уровень сервиса.

По определению ВОЗ, здоровье является состоянием физического, душевного, социального благополучия, не только отсутствием различных болезней и физических дефектов. Таким образом, это понятие стоит рассмотреть с разных сторон.

Впервые в мире Фонд детского развития (США) в 2004 году разработал и опубликовал Индекс детского благополучия, включающий семь основных показателей (Child Well-being Index):

1) экономическое/финансовое благополучие семьи;

- 2) состояние взаимоотношений ребенка с семьей и сверстниками;
- 3) состояние здоровья ребенка;
- 4) поведение ребенка, в т.ч. ведущее к снижению уровня безопасности его жизни (употребление наркотиков, алкоголя и т.п.);
- 5) образовательные достижения ребенка;
- 6) включенность ребенка в жизнь группы, сообщества (участие в образовательных, экономических и политических институтах);
- 7) эмоциональное благополучие ребенка.

Профилактика рисков детского благополучия необходима. Сущность данной профилактики является предупреждение возникновения или создания условий для уменьшения проявления социальных рисков; создание психологически безопасной и комфортной среды для полноценного развития детей, специалисты Кризисной службы используют современные инновационные методы и технологии работы с населением края.

За 2015 год кризисной службой было реализовано 45 профилактических встреч с населением края.

В ходе реализации сущности данного вида профилактики используются следующие техники:

- Повышение социально-психологической компетентности участников встреч по вопросам профилактики возникновения социальных рисков в ходе проведения семинаров, групповых форм занятий, дискуссий по проектированию «безопасных», альтернативных моделей взаимодействия и поведения;
- Формирование индивидуальных программ сопровождения и психолого-педагогической работы. Под сопровождением понимается метод, обеспечивающий создание условий для принятия субъектом развития оптимальных решений в различных ситуациях жизненного выбора;
- Совместное обсуждение и выработка правил, нормативов для безопасного, психологически комфортного поведения и взаимодействия между участниками в плане уменьшения социальных рисков.

## **КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ**

Стрижев В.А., Гандалоева М.Т., Арчакова А.А.

*Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар*

Послеродовой психоз (или согласно Международной классификации болезней 10 пересмотра – психические и поведенческие расстройства, возникающие в первые 6 недель после родов) – редкое расстройство психики, возникающее обычно в первые 2-6 недель после родов.

Пока не ясно, что именно провоцирует послеродовые психозы. Одна из гипотез связывает их с гормональными изменениями, в частности, уровня эстрогенов. Другие гипотезы содержат указание на изменение содержания уровня кортизона, серотонина, тиреоидного гормона, кальция и эндорфинов.

Риск развития психоза увеличивается при отягощенной наследственности психическими нарушениями. Имеют место и интоксикационно-инфекционная природа развития послеродового психоза. Некоторые авторы считают важнейшей составляющей социально-психологические проблемы, возникающие у женщин в семье, психотравмирующие события и осложнения во время родов.

Большинство исследователей относят послеродовые психозы к соматическим, однако, считая, что в их развитии принимает участие комплекс не только соматических, но и эндогенных факторов. На первое место среди них выдвигаются факторы, обусловленные самими родовыми процессами (соматическое напряжение, эндокринная перестройка и вегетативные сдвиги, кровопотеря, затяжные и тяжелые роды, дегидратация, белковые сдвиги, страх перед родовым актом, переутомление, психотравмирующие семейные обстоятельства, особенности преморбидной личности, перенесенные в прошлом черепно-мозговые травмы, тяжелые психологические травмы). В настоящее время нет точных причин, объясняющих происхождение послеродовых психозов.

**Целью** нашей работы явилось изучение клинико-психологических особенностей психотических расстройств в послеродовом периоде.

**Материалы и методы.** Нами было проанализировано психическое состояние 16 женщин в послеродовом периоде, которые находились на лечении в ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1» Министерства здравоохранения Краснодарского края в период с 2013 года по 2015 год (в 2013 поступило 2 пациентки, в 2014 – 4, в 2015 – 10). В среднем психические нарушения возникали у них через 10-14 суток после родов. Из госпитализированных женщин 50% составляли пациентки в возрасте 20-30 лет, у 90% анамнез не был психопатологическиотягощен, 60% пациенток состояли в гражданском браке, 70% испытуемых получили высшее образование и учились на отлично. В 75% случаях послеродовые психические расстройства связаны были с первыми родами, у 25% первые роды протекали без психических расстройств.

**Результаты и обсуждение.** Следует отметить, что клиническая картина у послеродовых больных (60%) проявлялась депрессией и депрессией с психотическими нарушениями (бред, галлюцинации) и у 40% – бредовыми и галлюцинаторными расстройствами, сопровождающимися аффективными симптомами, страхом и психомоторным возбуждением. Наиболее часто у наблюдаемых женщин отмечалась послеродовая депрессия. Сначала появлялась вялость, плохое самочувствие, бессонница, снижалось настроение, далее появлялись идеи самообвинения. Самыми частыми проявлениями был страх за ребенка, идеи отношения.

**Выводы.** Таким образом, послеродовые психотические расстройства носят полиморфный характер: от поведенческих расстройств в форме тревожно-депрессивных до психотических расстройств со смешанными симптомами. Послеродовые психозы встречаются чаще у первородящих женщин, чем после повторных родов.

## **ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ В ПЕРИОД 2013-2015 ГГ.**

Ступина О.П., Честикова З.И.

*Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского, Чита*

Психиатрическая служба Забайкальского края последние двадцать лет анализирует показатели психического здоровья населения Забайкальского края. Современная клинико-эпидемиологическая ситуация, которая, в свою очередь зависит от социально-экономического положения региона, позволяет организаторам проводить мероприятия, направленные на реструктуризацию психиатрической помощи в крае, с целью повышения качества оказания медицинской помощи.

Несмотря на то, что контингент психически больных Забайкалья в течение последних трех лет имеет тенденцию к снижению с 3295,3 на 100 тыс. населения в 2013 году, до 3293,8 в 2015 году, при этом, он превышает данный показатель по РФ (2799,0) на 17%, однако уровня общей заболеваемости психическими расстройствами в Сибирском федеральном округе (3597,8) не достигает. В 2014 году превышение общей заболеваемости в крае над таковым показателем РФ составляло 13%.

В структуре контингентов зарегистрированных больных в Забайкальском крае, как и в РФ, СФО, преобладали больные непсихотическими расстройствами, таких больных было чуть больше половины – 51,1% (2014 г. - 50,5%; РФ - 51,0%; СФО - 52,7%), на втором месте, как и в СФО, в отличие от РФ находились больные умственной отсталостью -27,4% (2014 г.-27,7%; РФ - 21,9%; СФО - 25,4%), больные психозами и состояниями слабоумия составили 21,5% (2014 г. - 21,8%; РФ-27,1%; СФО - 21,9%). В группе психозов и состояний слабоумия, как и в РФ, преобладали больные шизофреническими расстройствами (в дальнейшем группа «шизофрения»), доля больных шизофренией в общем числе больных психозами и состояниями слабоумия составила 53,4% (2014 г. – 53,7%; РФ – 51%), показатель общей заболеваемости шизофренией составил 377,5 чел. на 100 тыс. населения (2014 г. - 380,1; 2013 г. - 382,4; РФ - 387,1). В общем числе зарегистрированных, как и в РФ, значительная доля приходилась на больных с органическими расстройствами.

Общий показатель первичной заболеваемости в Забайкальском крае уменьшился с 283,1 до 252,2 чел. на 100 тыс. населения, или на 10,9% (в 2014 г. снижение составило 14,3%; в РФ – 3,6%). Показатель первичной заболеваемости в группе больных непсихотическими расстройствами уменьшился на 11,4% (с 205,3 до 181,9 чел. на 100 тыс. населения), в группе лиц с умственной отсталостью уменьшение показателя первичной заболеваемости составило 6,8% (с 28 до 26,1 чел. на 100 тыс. населения). В группе больных психозами и состояниями слабоумия показатель первичной заболеваемости уменьшился на 11,2% (с 49,8 до 44,2 чел. на 100 тыс. населения).

В отчетном году первичная регистрация психических расстройств в целом (252,2) составила 82% от российской (308,3), в группе больных непсихотическими расстройствами (181,9) показатель первичной выявляемости в крае составил 81% от российского (225,1). В группе лиц с умственной отсталостью, напротив, превышение краевого показателя (26,1) над российским (22,3) составило 17%. В группе психозов и состояний слабоумия первичная заболеваемость в крае (44,2) составила 73% от российской (60,7), а в группе шизофрении заболеваемость (8,9) на 21% была ниже российской (11,3). С учетом вышеизложенного, можно отметить, что в последние 3 года неуклонно сокращалась первичная заболеваемость психическими расстройствами. Среди впервые выявленных с психическими расстройствами в отчетный год возросла доля лиц в возрастах: 15-17 лет (от 7,6% до 10,7%), 20-39 лет (от 14,3% до 18%), 60 лет и старше (от 19,7% до 20,3%) и уменьшилась доля лиц в возрастах: 0 - 14 лет (от 38,5% до 35,2%), 40-59 лет (от 14,7% до 10,9%).

В структуре больных с впервые в жизни установленным диагнозом, как и в РФ, преобладали больные непсихотическими психическими расстройствами – 72,2 % (2014 г. - 72,5%; РФ - 73,1%). На долю больных психозами и состояниями слабоумия пришлось 17,5% (2014г.-17,6%; РФ-19,7%), умственной отсталостью – 10,3% (2014 г. - 9,9%; РФ - 7,2%).

Число инвалидов вследствие психических расстройств в Забайкалье за последний год уменьшилось на 0,4% (на 39 чел.), составило 973,5 чел. на 100000 населения (2014 г. - 974,5), что превысило российский контингент инвалидов на 34,5% (723,9).

В расчете на 100 диспансерных больных число инвалидов составило 86,5 (2014 г.- 88,2), снижение на 2%. В РФ в 2012 г. данный показатель составил 65,7, в 2011 г. – 64,3, прирост составил 2,2%.

Число инвалидов трудоспособного возраста в Забайкальском крае в отчетном году составило 66% к общему числу инвалидов (2014 г. - 69,7%), что превысило таковой показатель в РФ 2011 г. (58,1%) и в СФО 2011 г. (58,1%).

Среди инвалидов по психическому заболеванию процент работающих увеличился с 2,9% до 3,9% (2013г. – 3,3%), что выше доли работающих инвалидов на общем производстве в РФ 2012г. (3,2%) и выше доли работающих в СФО 2012 г. (3, 5%). В оценке психического здоровья населения в целом, особое значение имеет заболеваемость детского населения. Структура болезненности психическими расстройствами детского населения края за последние три года остается стабильной: значительно преобладают непсихотические расстройства, составляя в среднем за три последних года 79% (главным образом, это органические непсихотические расстройства с интеллектуально-мнестической недостаточностью), далее следует умственная отсталость (в среднем 18% и лишь незначительную часть (3% в общей структуре) составляют психотические расстройства. При этом структура психических расстройств в целом близка к таковой в РФ, однако в Забайкалье значительно ниже доля психотических расстройств (в среднем в 3-4 раза). При этом структура психических расстройств в целом близка к таковой в РФ, однако в Забайкалье значительно ниже доля психотических расстройств (в среднем в 2-3 раза).

Общий показатель заболеваемости психическими расстройствами детского населения Забайкальского края в 2014 году составил 529,7 на 100 000 населения; 2013 году составил 557,5; в 2015г. составил 422,9 на 100 000 детского населения, что ниже по сравнению с 2013 и с 2014 г., а также ниже среднего по РФ – 574.4 (данные за 2012 г.). Заболеваемость непсихотическими расстройствами в 2014 году составила 447,3; в 2013 году – 482,2; в 2015 году составила 337,9 на 100 000, что так же ниже показателя РФ 2011 г. – 483,1. Показатель заболеваемости умственной отсталостью в 2014 году составил 68,2; в 2013 году – 70,8; а в 2015 – году 73,2. Таким образом, заболеваемость умственной отсталостью незначительно увеличилась (общероссийский показатель – 96,1 на 100 000 в 2011 году.). Показатель заболеваемости психотическими расстройствами в 2014 году составил 14,3; в 2013 году – 4,5 на 100 000, в 2015 г. – 11,8 на 100 000. Показатель же РФ в 2011 году составил 12,5. Таким образом, заболеваемость психотическими расстройствами выше показателей 2013-2014 гг., но незначительно ниже общероссийского за счет большего количества выявленных расстройств аутистического спектра и их своевременной постановкой на учет.

Общая болезненность детского населения Забайкальского края в 2014 году составила 3072,6; в 2013 году составила 2978,9 на 100 000 детского населения, в 2015 г. – 2783,2 на 100 000 детского населения, что ниже соответствующих показателей за 2014 год – 3072,6 и незначительно выше такового по РФ (2767,4 на 100 000 за 2011 год).

Болезненность непсихотическими расстройствами в 2014 году составила 2483,6; в 2013 году составила 2361,9; в 2015 г. – 2173,6; что ниже, по сравнению с 2014 годом – (2483,6 на 100 000). При этом показатель по краю значительно выше общероссийского (1955,7 на 100 000, 2011 год).

Болезненность умственной отсталостью снизилась – от 589,5 в 2013 году до 530,7 в 2015 году. Показатель по краю в 2015 году значительно ниже общероссийского (721,3 на 100 000 за 2011 год).

Болезненность психотическими расстройствами за анализируемый период выросла и составила в 2014 году 53,9, из них детская шизофрения – 4,5; РАС – 32,5, а данный показатель в 2015 году составил 78,9 на 100 000. При этом показатель болезненности детской шизофренией в течение трех последних лет остается относительно стабильным, однако вырос показатель РАС – от 7,1 в 2013 году до 53,0 в 2015 году. Общая болезненность психотическими расстройствами и болезненность шизофренией в Забайкальском крае ниже таковых по РФ (90,5 за 2011 год).

За последние три года отмечено увеличение общего показателя инвалидности детского (0-17 лет) населения Забайкальского края по психическим заболеваниям – от 369,8 на 100 тыс. в 2013 году до 421,2 на 100 тыс. в 2015 году (СФО 2013 год – 531,5; РФ 2011 год – 455,7). Первичный выход на инвалидность в 2015 году (60,8 на 100 000) кратно выше, по сравнению с 2013 годом – 49,6 на 100 тыс., СФО 2013 г. – 54,8; РФ 2012 г. – 33,1.

Ведущей причиной инвалидности по психическим расстройствам в детском возрасте, как и в прошлые годы, остается умственная отсталость. Последние три года произошел рост показателей как общей (на конец соответствующего года), так и первичной инвалидности. Указанные данные в целом согласуются с динамикой показателей болезненности и заболеваемости детского населения края умственной отсталостью за период с 2013 по 2015 гг.

Таким образом, сохраняющиеся высокие показатели болезненности психическими и поведенческими расстройствами в Забайкальском крае, а также высокий уровень инвалидизации, демонстрируют социальную напряженность в обществе, что определяет тактику организаторов здравоохранения во внедрении и развитии новых организационных форм на всех трех этапах оказания психиатрической помощи, с целью повышения доступности и качества ее оказания.

## **НЕКОТОРЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ**

Тарасова О.А., Штань М.С.

*Читинская государственная медицинская академия, Чита*

Адаптация студентов различных курсов к учебному процессу уже давно изучается врачами различных специальностей, психологами и педагогами. Ее нарушение может приводить не только к срывам в учебной деятельности, но и к развитию невротических расстройств, антисоциальным поступкам. Одним из субъективных критериев психологической адаптации является тревожность, исследуя ее уровень, мы можем оценить психологическое состояние студентов.

**Цель работы.** Изучение некоторых характеристик личностного адаптационного потенциала студентов высшего учебного заведения.

**Материалы и методы.** С помощью сплошного метода проведено анонимное анкетирование 36 студентов ВУЗа г. Читы. Средний возраст составил 21 год. Юношей среди обследованных было 27,8 %, девушек – 72,2 %. В ходе исследования применялись: многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» А.Г. Маклакова и С.В. Чермянина (МЛЮ), который позволяет оценить адаптивность испытуемого по следующим параметрам: адаптивные способности, нервно-психическая устойчивость и моральная нормативность; методика измерения уровня тревожности Дж. Тейлора. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета анализа Microsoft Excel.

**Результаты.** По результатам полученных данных, большая часть студентов воспитывалась в полной семье – 83,4 %. Не состоят в браке 77,8 % студентов. 75 % проживают в общежитии или отдельной квартире, 11,1 % – с семьей и 13,9 % – с родителями. Бытовые условия проживания 97,2 % студентов оценивают, как хорошие. 88,8 % отрицают какие-либо заболевания у близких родственников, в то время как у 11,1 % исследуемых наследственностьотягощена алкоголизмом родных. У 66,7 % успеваемость при обучении – средняя, у 30,6 % – высокая, и лишь 2,7 % имеют низкую

успеваемость. У 5,6 % выявлены суицидальные попытки в анамнезе. Спортом занимаются в настоящее время 52,8 % респондентов. 80,6 % отрицают у себя какие-либо заболевания, 2,8 % переносили в анамнезе ЧМТ, 16,6 % имеют хронические соматические заболевания. У 66,7 % успеваемость при обучении – средняя, у 30,5 % – высокая, и лишь 2,8 % имеют низкую успеваемость. 94,4 % не совершали в своей жизни суицидальных попыток. 75 % никогда не пробовали наркотики и одурманивающие вещества, 22,2 % – пробовали 1-2 раза, 2,8 % – употребляли 1-2 раза в месяц. Впервые употреблять спиртные напитки студенты начали в возрасте от 13 до 23 лет, 50 % из которых с 16 лет, 11,1 % не пробовали и не употребляют алкоголь вообще. 83,3 % отрицают эпизоды выпивок по несколько дней. Курящими являются 25 % студентов.

При изучении адаптационных показателей выявлено, что группу низкой адаптации составили 48,6 % студентов, удовлетворительной – 37,1 % и высокой – 14,3 %. Показатели нервно-психической регуляции, оказавшиеся на уровне ниже среднего, были выявлены у 42,9 %, выше среднего – у 5,7 %, и занявшие промежуточное положение – у 51,4 % исследованных. По шкале «Коммуникативные способности» получили низкие показатели 25,7 % респондентов, что оказалось более чем в половину меньше, нежели – средние (68,6 %), высокий уровень коммуникативных способностей установлен у 5,7 % студентов. По шкале «Моральная нормативность» низкий уровень был выявлен у 22,9 % опрошенных, средний у 74,3 %, высокий у – 2,8 %. По результатам методики Дж. Тейлора у 66,7 % студентов выявлен средний, с тенденцией к высокой, уровень тревожности; высокий уровень тревожности зарегистрирован у 22,2 %; средний, с тенденцией к низкой – у 11,1 % студентов.

**Выводы.** В результате исследования было выявлено, что большая часть студентов высшего учебного заведения имеет низкий адаптационный потенциал и средний, с тенденцией к высокой, уровень тревожности, что говорит о наличии среди них лиц с признаками явных акцентуаций и, возможно, некоторыми признаками психопатий. Поэтому процесс адаптации у них протекает тяжело, их психическое состояние можно охарактеризовать как пограничное; возможны нервно-психические срывы, конфликты, асоциальные поступки, развитие психосоматических расстройств. Данные сведения необходимо учитывать при оказании психологической помощи, направленной на улучшение качества жизни студенческой молодежи и обучение стратегиям успешного функционирования.

## РАЗВИТИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У ХИМИЧЕСКИ ЗАВИСИМЫХ ПАЦИЕНТОВ

Толстов Д.А., Мысникова Э.А.

*Краевой наркологический диспансер, Чита*

В современном обществе, где преобладает культ рационального отношения к жизни, проблема компетентности в понимании и выражении эмоций стоит достаточно остро. Запрет на эмоции ведет к их вытеснению из сознания. Невозможность психологически переработать эмоции может порождать разнообразные негативные последствия, начиная от психосоматических расстройств и заканчивая девиантным и делинквентным поведением, поскольку эмоциональные проблемы с особой силой проявляются у людей с пониженным уровнем самоконтроля. Эмоциональная некомпетентность приводит к нарушениям в системе отношений, и данная проблема

является одной из базовых деструктивных характеристик личности химически зависимых пациентов.

По определению Дж. Мейера, П. Сэловея и Д. Карузо, эмоциональный интеллект (англ. Emotional intelligence) – это группа ментальных способностей, которые способствуют осознанию и пониманию собственных эмоций и эмоций окружающих. Модель П. Сэловея и Дж. Мэйера, возникшая первой, включала в себя только когнитивные способности, связанные с переработкой эмоциональной информации. Затем определился сдвиг в трактовке понятия в сторону усиления роли личностных характеристик.

Современные исследования эмоционального интеллекта определяют «эмоциональный интеллект», как совокупность способностей для понимания своих и чужих эмоций и управления ими (Люсин Д.В., 2004).

По поводу возможности развития эмоционального интеллекта в психологии существует два отличных друг от друга мнения. Ряд ученых (к примеру, Дж. Мейер) придерживаются позиции, что повысить уровень ЭИ невозможно, поскольку это относительно устойчивая способность. Однако увеличить эмоциональную компетентность путем обучения вполне можно (Mayer J.D., 2005; Mayer J.D., Salovey P., 2005).

Целенаправленная психотерапевтическая работа по развитию эмоционального интеллекта, как способности понимать эмоции и эмоциональную подоплеку отношений, использовать свои эмоции для решения задач, связанных с отношениями и мотивацией, осуществляется с пациентами отделения медицинской реабилитации Краевого наркологического диспансера. В работе с химически зависимыми пациентами по развитию эмоционального интеллекта мы используем общетеоретические представления Николаса Холла (Nicholas Hall), рассматривающего эмоциональный интеллект, как личностные характеристики, позволяющие распознавать свои эмоции, управлять ими, распознавать чувства в каждой конкретной ситуации.

В эксперименте принимало участие двадцать пациентов, прошедших полный курс стационарного лечения (3-6 месяцев). На психодиагностическом этапе мы применяли тест на эмоциональный интеллект (The Emotional Intelligence Self-Evaluation) Н. Холла (Холл Н., 2002). Методика предложена для выявления способности понимать отношения личности, репрезентируемые в эмоциях, и управлять эмоциональной сферой на основе принятия решений. Она состоит из тридцати утверждений и содержит пять шкал.

1. Эмоциональная осведомленность – это осознание и понимание своих эмоций, а для этого постоянное пополнение собственного словаря эмоций. Люди с высокой эмоциональной осведомленностью в большей мере, чем другие осведомлены о своем внутреннем состоянии.

2. Управление своими эмоциями – это эмоциональная отходчивость, эмоциональная гибкость и т.д., другими словами, произвольное управление своими эмоциями

3. Самомотивация – управление своим поведением, за счет управления эмоциями.

4. Эмпатия – это понимание эмоций других людей, умение сопереживать текущему эмоциональному состоянию другого человека, а так же готовность оказать поддержку. Это умение понять состояние человека по мимике, жестам, оттенкам речи, позе.

5. Распознавание эмоций других людей – умение воздействовать на эмоциональное состояние других людей.

Сумма баллов по всем шкалам составляет так называемый интегративный уровень эмоционального интеллекта:

- 70 и более – высокий;
- 40–69 – средний;
- 39 и менее – низкий.



На этапе первичного психодиагностического исследования у большей части пациентов (91%) интегративный уровень эмоционального интеллекта определялся как низкий, причем низкие значения выявлены преимущественно по шкалам «Эмоциональная осведомленность», «Управление своими эмоциями» и «Эмпатия».

Исходя из вышеназванных составляющих, складывается эмоциональный интеллект, который служит своеобразным мерилем отношений с окружающей действительностью и противодействию стрессогенных факторов жизни индивидуума. В процессе психотерапии использовались методы, направленные на повышение уровня эмоционального интеллекта такие как: динамическая психотерапия, провокативная психотерапия, рационально-эмотивная и когнитивно-бихевиоральная психотерапия. Основная работа в развитии эмоционального интеллекта была направлена на вербализацию чувств и эмоций, их осознание, понимание, расширение словарного запаса, обозначающих то или иное чувство, применение на практике полученных знаний.

Психотерапевтическое вмешательство проводилось как в индивидуальном, так и групповом форматах. На начальных этапах возникают определённые трудности с вербализацией чувств, вследствие алекситимии, что преодолевается включение в процесс работы методик, невербальной направленности и дальнейшим переходом на когнитивные направления. По нашим наблюдениям групповая форма работы в данном случае даёт наибольшие результаты, поскольку эмоциональный интеллект неразрывно связан с социумом и в итоге это опять же отражается в дальнейшем на функционировании личности в обществе.

На этапе контрольного психодиагностического исследования у большей части пациентов (93%), прошедших полный курс стационарного лечения, в структуре эмоционального интеллекта отмечалась положительная динамика. Так, повысился интегративный уровень эмоционального интеллекта с низкого до среднего и высокого. Повышение значений отмечалось по всем пяти шкалам.

Таким образом, целенаправленная работа по развитию эмоционального интеллекта у химически зависимых пациентов может способствовать, по нашему мнению, формированию эмоциональной и коммуникативной компетентности личности, повышению стрессоустойчивости и уровня качества жизни пациента в целом. Эмоции и чувства помогают людям лучше понимать себя и окружающий мир, находить общие точки соприкосновения, что в конечном итоге ведёт к выздоровлению и увеличению сроков ремиссии аддиктов.

## **РОЛЬ СЕМЬИ В ПРОЦЕССЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ**

Тулупова О.В., Ерошина О.С.

*Тамбовская психиатрическая клиническая больница, Тамбов*

Анализируя судьбы пациентов, выписанных из стационара, мы приходим к выводу, что важнейшую роль в психосоциальной реабилитации больных с психическими заболеваниями вне стен лечебного учреждения играет семья. Это предполагает выполнение ею разных функций. Прежде всего, следует сказать, что родственников пациентов необходимо рассматривать как союзников в лечении. Они должны не только многому научить пациента, но и сами зачастую овладеть большим объемом знаний и опыта, что будет являться залогом успешного процесса реабилитации.

Для врача родственники являются ценным источником информации о состоянии больного. Семья выполняет роль связующего звена между больным и системой оказания психиатрической помощи.

Важнейшей функцией близких является уход за больным человеком. Родственники должны знать и строго придерживаться в доме определенного порядка, правил и постоянных обязанностей для каждого члена семьи. Нужно постараться установить режим, соответствующий сохранению и развитию того потенциала возможностей больного, который был приобретен им за время пребывания в стационаре. Родственники должны помогать больным в привитии навыков личной гигиены, аккуратного одевания, регулярного и аккуратного приема пищи, а также в правильном приеме лекарственных препаратов, контроле побочных эффектов медикаментов. Со временем сам пациент пожелает и сможет выполнять несложные работы по дому (мытьё посуды, уборка квартиры, уход за цветами, за домашними животными и др.) и вне дома (покупки в магазине, посещение прачечной, химчистки и др.), что позволит укрепить его положение в семье и в обществе.

Участие семьи в программах психиатрического просвещения – еще один ее важный вклад в психосоциальную реабилитацию пациента - родственника. Знание основ психологии: определение внутреннего микроклимата, который включает личное пространство самого пациента, и внешнего – общение с ближайшим окружением дают родственникам возможность научить пациента жить в равновесии с самим собой и с окружающими. Родственники должны действовать совместно, организованно: создавать группы поддержки и организации потребителей психиатрической помощи. Они помогают другим семьям, в жизнь которых вторглось психическое заболевание, советом, делятся собственным опытом решения проблем. Все это позволяет говорить о том, что родственники больных являются и учителями, и просветителями для других семей и даже профессионалов. Все вышперечисленное поможет в борьбе со стигмой и дискриминацией не только пациента, но самой семьи, а также в совершенствовании законодательства в отношении психически больных людей и членов их семей. Объединяясь в группы, семьи психически больных пациентов не только обретут поддержку людей, столкнувшихся с аналогичными проблемами, но и станут силой, с которой будут считаться властные структуры, ответственные за предоставление качественной психиатрической и социальной помощи.

Работая в команде, родственники больных сами могут проводить программы психосоциальной реабилитации - досуговые, терапию праздниками, просветительские для населения с целью снижения стигматизации и дискриминации больных, а объединившись с профессионалами (врачами, психологами, специалистами по социальной работе) – реализовывать образовательные программы в области психиатрии, психологии, по развитию социальных навыков и многие другие.

## **ВЛИЯНИЕ ПРАВОСЛАВНОЙ РЕЛИГИИ НА АГРЕССИВНОСТЬ**

Тулупова О.В

*Тамбовская психиатрическая клиническая больница, Тамбов*

Агрессия (от лат. *aggredere* – нападать) – поведение, направленное на нанесение физического или психологического вреда, вплоть до уничтожения объекта агрессии. Человек – весьма агрессивное существо. Причины агрессии: эндогенные (психические) и экзогенные (социальные).

**Актуальность.** Религия служит важным социальным институтом, который оказывает влияние на жизнь всех людей. Религия основана на вере в Бога и любви и направлена на достижение добра и спасение себя и окружающих. Религия формирует чистоту помышлений, смирение сердца и укрепление духа в достижении благочестия и добродетели.

На базах двух школ, одна из которых Воскресная школа Вознесенского женского монастыря, а вторая – лицей города Тамбова (гуманитарный, физико-математический и химико-биологический классы) в 2013 году и отделения принудительного лечения в психиатрическом стационаре (мужском) специализированного типа (ОПЛПССТ) в Тамбовской психиатрической клинической больнице в 2015г. проведено исследование.

**Цель:** 1. оценить уровень агрессии и адаптивности у подростков (психически здоровых) и у пациентов, страдающих психическими расстройствами, и, совершивших ООД. 2. оценить влияние веры в Бога и православную религию на агрессивность и адаптивность пациента, совершившего общественно - опасное деяние (ООД).

**Задача** – экспериментально доказать, что вера в Бога и православная религия снижают агрессивность и повышают адаптацию человека в сообществе.

**Методы исследования.** Для определения уровня агрессивности использовался опросник Л.Г. Почебута, определяющий 5 шкал агрессии (вербальная агрессия, физическая агрессия, предметная агрессия, эмоциональная агрессия, аутоагрессия). Адаптивность определялась, как противоположное относительно агрессивности (высокая агрессивность – низкая адаптивность; низкая агрессивность – высокая адаптивность). В статистической обработке результатов исследования использовались количественные (уровень агрессивности) и качественные (шкалы агрессии) показатели.

**Материалы.** Выборочным методом в школах тестировались юноши и девушки 15-18 лет (20 учеников) и в ОПЛПССТ в исследовании приняли участия 14 человек в возрасте от 25 до 49 лет. Пациенты разделились на две группы: в первую группу вошли пациенты – крещенные, истинно-верующие в Бога, которые регулярно читают молитвы, исповедаются и причащаются; во вторую группу вошли пациенты – крещенные, но, они не читают молитв, не исповедаются, не причащаются, и, не имеют твердой веры в Бога.

Первую группу составили 7 пациентов (50% от общего числа обследуемых), средний возраст пациентов составил 35 лет, диагноз «шизофрения, параноидная, эксплозивный вариант ремиссии». Ведущий синдром по формуле общественной опасности (ФОО) – психопатоподобный (у 6-х пациентов); у одного пациента – параноидный.

Вторую группу составили 7 пациентов, (50% соответственно), средний возраст составил 38 лет, 2-е пациентов с диагнозом «шизофрения, параноидная», ведущий синдром по ФОО – параноидный; 3-е пациентов с диагнозом «шизофрения, параноидная», ведущий синдром по ФОО – психопатоподобный; и, 2-е пациентов с диагнозом «умственная отсталость», ведущий синдром по ФОО – психопатоподобный.

**Результаты исследования.** Самый высокий уровень агрессии у подростков, отмечался в физико-математическом классе, при этом у них зафиксированы: высокая эмоциональная агрессивность, достаточный интеллект и низкая аутоагрессия. Следовательно, у них больше была выражена внешняя агрессия, контролируемая интеллектном. Нагрузка данного класса определяется углубленным изучением физики и математики. Средний уровень агрессии отмечался у учеников химико-биологического класса. У них зафиксированы: более высокое эмоциональное напряжение (возможно, за счет большей разноплановости в учебе), при таком же достаточном интеллекте, но более высокой аутоагрессии. Нагрузка данного класса определяется большей разноплановостью предметов: углубленное изучение химии, биологии, физики и математики. Самый низкий уровень агрессии отмечался в гуманитарном классе, при меньшей эмоциональной

напряженности, что можно объяснить большим выражением чувств и выплескиванием эмоций через общение.

Уровень агрессии (особенно волевой и эмоциональной) в Воскресной школе намного ниже, чем в лицее. Это можно объяснить тем, что присутствие духовных наставников играет роль индивидуальных психологов, которые всегда выслушают, направят и помогут правильно оценить ситуацию и принять нужное решение, следуя основной из заповедей: «Не навреди». В данной школе каждый подросток знает и всегда может обратиться к служителю с любой жизненной проблемой, включая семейные и межличностные, и получит помощь и эмоциональную поддержку в принятии правильного решения.

В ОПЛПССТ тестирование проводилось до и после Таинства причастия. До Таинства причастия, пациенты первой групп имели высокую общую агрессивность и низкую адаптивность. Пациенты второй группы имели среднюю общую агрессивность и среднюю адаптивность. После Таинства причастия у первой группы пациентов отмечалась очень низкая общая агрессивность и высокая адаптивность. А у 2 группы пациентов, уровень общей агрессивности и адаптивность остались на прежнем уровне.

**Выводы:** Вера в Бога и православная религия снижают агрессивность и повышают адаптивность истинно верующего человека (психически здорового и, страдающего психическим расстройством). Православие в жизни обычного человека, который формально верит и формально посещает таинства причастия, является лишь внешним присутствием и не является эффективным средством предупреждения агрессии и повышения адаптивности.

**Предложения:**

- 1) Введение психологов в школы и во все отделения больниц, где они будут оценивать общий уровень агрессии учеников и пациентов, и предлагать им способы борьбы с ней, а также оценивать результаты работы, проделанной учеником и пациентом над собой.
- 2) Введение в школах и в отделениях больниц церковных служителей, следуя одной из заповедей: «Не Навреди».
- 3) Посещение психологов на стадии планирования семьи и после рождения ребенка.
- 4) Специальный физкультурный комплекс.

**Формула агрессии.**

$A=C/OБЩ$ , где А – агрессия, С – самоагрессия, ОБЩ – сумма всех видов агрессии.

Относительная норма агрессии.

С: 0-2; ОБЩ: 0-10 – низкая степень агрессии

С: 3-4; ОБЩ: 11-24 – средняя степень агрессии

С: выше 5; ОБЩ: выше 25 – высокая степень агрессии

## РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ЛЕЧЕНИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Тышкенова М.С.

*Республиканский наркологический диспансер, Улан-Удэ*

Алкоголизм – это болезненное пристрастие к алкоголю, развивающееся на основе привычного его употребления, а в дальнейшем регулярного и длительного, ведущего к утрате человеком социально ценных духовных, моральных и физических качеств.

Патологическое влечение не поддается разумным доводам прекратить пить. Человек теряет ситуативный, качественный и количественный контроль, направляя всю

энергию, средства и мысли на поиски и добывание спиртного, не считаясь с реальной обстановкой (наличие денег в семье, обязанности, необходимость выхода на работу и т.п.).

В настоящее время все больше внимания уделяется целостному подходу к проблеме алкоголизма. Наряду с необходимостью развития клиничко-биологического представления об алкоголизме особое значение приобретает изучение психологических, в первую очередь, личностных факторов, играющих важную роль в этиопатогенезе алкоголизма и выступающих в качестве основы для создания лечебно-реабилитационных программ.

Зачастую, к алкоголю прибегают, надеясь ощутить приятное настроение, снизить эмоциональную напряженность, заглушить чувство усталости, подавить моральную неудовлетворенность, уйти от реальности с ее нескончаемыми заботами и переживаниями. Одним кажется, что алкоголь помогает преодолеть психологический барьер, установить эмоциональные контакты, для других, особенно несовершеннолетних, он представляется средством самоутверждения, показателем «мужества», «взрослости».

**Задачей** настоящего исследования являлось изучения влияния аффективных составляющих психического состояния пациентов с алкогольной зависимостью и идентификации универсальных мотивов потребления алкоголя в гендерном аспекте.

**Методология исследования.** В исследовании приняли участие 42 респондента (средний возраст 26-50 лет), все обследуемые являются пациентами реабилитационного отделения республиканского наркологического диспансера (МЗ РБ г. Улан-Удэ), с диагнозом «F10» в соответствии с критериями МКБ-10.

Гендерное разделение респондентов: 21 женщина и 21 мужчина.

На момент начала исследования у всех пациентов был купирован алкогольный абстинентный синдром, проведено необходимое восстановительное лечение, период трезвости составляет не менее 6 суток.

Экспериментально-психологический метод был представлен Фрайбургским многофакторным личностным опросником (FPI), который представляет собой стандартный перечень из 114 утверждений. Испытуемые их оценивают, как «верные» или «не верные» по отношению к ним. Вопросы затрагивают самочувствие, настроение, особенности эмоциональных переживаний и поведения в различных жизненных ситуациях.

Для выявления мотивов потребления алкоголя использовался тест Мотивация потребления алкоголя (МПА). Методика состоит из 45 утверждений, которые оцениваются по 4 вариантам ответов. Мотивы разделены тремя группами шкал «социально-психологические», «личностные и персональные», «патологическая группа мотивов».

**Результаты исследования.** По результатам исследования методики FPI – высокие баллы по шкале открытости доказывают, что испытуемые отвечали искренне и откровенно.

У мужчин мы получили высокие оценки по шкале невротичности 70% и низкие оценки у 5%. У женщин зарегистрированы по данной шкале высокие оценки у 75%, низкие у 5%. По шкале спонтанная агрессивность высокие результаты показали 40% испытуемых и лишь 20% дали низкие результаты. У женщин зарегистрированы высокие оценки 50%, низких оценок не выявлено.

По депрессивности 70% дали высокие баллы и 5% низкие результаты. У 50% женщин зарегистрированы по данной шкале высокие оценки, низких оценок не выявлено. По шкале раздражительности 60% мужчин дали высокие результаты, низкие – 10%. У женщин зарегистрированы по данной шкале высокие оценки у 85%, низкие – у 10%.

По шкале реактивной агрессивности высокие оценки – у 70%, низкие – у 10%. Во второй группе респондентов зарегистрированы по данной шкале высокие оценки у 70%,

низкие – у 5%. Высокие оценки по фактору «эмоциональная лабильность» показали 55% испытуемых, низкие оценки по фактору дали 10% испытуемых, у женщин зарегистрированы по данной шкале высокие оценки в 70% случаев, низких оценок не выявлено.

Результаты исследования свидетельствуют, о том, что большой процент обследованных независимо от половой принадлежности имеет высокую тревожность, возбудимость в сочетании с повышенной истощаемостью, что проявляется в быстром угасании всплеск возбуждения. У лиц, с алкогольной зависимостью могут быть отмечены – недостаточная социализация влечений, неумение или нежелание сдерживать, или отсрочивать удовлетворение своих желаний. Выражено влечение к острым аффективным переживаниям, при отсутствии которых преобладает чувство скуки. Также таким лицам присущи депрессивные состояния со сниженным фоном настроения. Их раздражительность говорит о склонности к непостоянству, уклонению от выполнения своих обязанностей, игнорируют общепризнанные правила, не прилагают усилий к соблюдению общественных требований и культурных норм, к пренебрежению моральных ценностей, ради собственной выгоды. Эмоциональная лабильность может говорить об обидчивости и чрезмерной драматизации на грубые слова, критику и замечания в их адрес. Также высокие оценки по фактору «эмоциональная лабильность» могут быть связаны с состоянием дезадаптации, выраженной дезорганизацией поведения. Их интересы узки и однотипны, субъективные и духовные ценности их не интересуют, искусство не увлекает, наука кажется скучной.

Полученные результаты подтвердились выявленными мотивами употребления спиртных напитков. Преобладание триады личностных, персональных мотивов, в частности мотивов группы: гедонистические и атарактические могут, говорит о мотивах, отражающих стремление получить физическое и психологическое удовольствие от действия алкоголя и также опыт переживания алкогольной эйфории; атарактические мотивы связаны с желанием нейтрализовать негативные эмоциональные переживания с помощью алкоголя. Стоит заметить, что у женщин, в отличие от мужчин выражен также мотив гиперактивации поведения - мотив, отражающий стремление выйти из состояния скуки, «психологической» пустоты.

Динамичность современной жизни, низкий эмоциональный интеллект, низкая стрессоустойчивость, способствует развитию психотического напряжения, возникновению стрессовых реакций – все это требует участия медицинского психолога в изучении психических особенностей человека в связи с задачами сохранения его здоровья и адаптации к условиям современной жизни.

Диагностика и работа, направленная на коррекцию эмоциональной сферы пациента, предопределяет успешный исход лечения. В настоящее время стали больше учитывать психическое состояние больных, исходя из психодиагностических исследований. Не всегда причиной алкоголизма является сильная физическая зависимость, но и неустойчивый эмоциональный фон и психологическая зависимость. Давно известно, что оптимистический взгляд на госпитализацию и лечение болезни способствует выздоровлению.

Организация психологической помощи лицу с алкогольной зависимостью и его семьи, включенных в социально-реабилитационный процесс, включает в себя: во-первых, разработку и реализацию коррекционных программ, направленных на снижение и устранение отклонений в развитии, и, во-вторых, создание благоприятных условий для проведения последовательной социальной интеграции лиц в социальную среду.

## КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ПСИХОЗ

Хоменко О.П., Агарков А.А.

*Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томск*

В настоящее время развитие отечественной геронтопсихиатрии повлекло за собой активное изучение расстройств невротического и тревожно-депрессивного спектров у пациентов геронтологического профиля (Соколова И.В. Сиденкова А.П., 2014), деменций и болезни Альцгеймера, в том числе с коморбидной соматической патологией (Калын Я.Б., Гаврилова С.М., 2013), но совершенно недостаточно изучена тема психотических расстройств у лиц старших возрастных групп (Семке А.В., Сиденкова А.П., 2011; Соколова И.В., 2015). Не проводится превенция психотических расстройств у лиц пожилого и старческого возраста. Нет разработанных программ реабилитации для старших возрастных групп, перенесших острый психоз.

В 2014-2015 годах на базе соматогериатрического отделения ОГБУЗ «ГКПБ» нами было обследовано 160 пациентов пожилого и старческого возраста с психотическими расстройствами. У большей части пациентов (96%) психоз развился на фоне деменции.

Структура психотических расстройств у данной категории лиц распределилась следующим образом: делирий (на фоне деменции) – F 05.08-F 05.18 (9%); галлюциноз – F 06.0 (4%); деменция при болезни Альцгеймера с галлюцинаторными симптомами – F 00.12-F 00.22 (3%); деменция при болезни Альцгеймера с бредовыми симптомами – F 00.11-F 00.21 (6%); деменция при болезни Альцгеймера со смешанными симптомами – F 00.14-F 00.24 (46%); сосудистая деменция с галлюцинаторными симптомами – F 01.32-F 01.92 (3%); сосудистая деменция с бредовыми симптомами – F 01.31-F 01.91 (12%); сосудистая деменция со смешанными симптомами – F 01.34-F 01.94 (8%); смешанная форма деменции с бредовыми симптомами – F 02.818 (3%); смешанная форма деменции со смешанными симптомами – F 02.848 (5%). Средняя продолжительность лечения в стационаре во всех случаях составила 36 суток. От момента госпитализации до момента выхода из психоза заняло от 14 до 45 дней в зависимости от типа психотического расстройства и наличия сопутствующей соматической патологии.

Продолжительность психоза у пациентов пожилого и старческого возраста в 76% случаев зависела от остроты и тяжести сопутствующей соматической патологии и возможности ее компенсации/лечения. Чем дольше по времени развивалась декомпенсация соматической патологии, чем сложнее было ее компенсировать, тем тяжелее и дольше по времени протекали психотические расстройства на фоне деменции. У пациентов, сопутствующая соматическая патология которых была в стадии компенсации при развитии психоза, выход из него был быстрее и более благоприятным по влиянию на когнитивную сферу.

В 11% случаев на положительный исход психотических расстройств повлияла своевременность оказания специализированной геронтопсихиатрической помощи. Если же обращение за квалифицированной помощью затягивалось по каким-то причинам, психоз на фоне лечения был более продолжительным. В 11% случаев в течение 1 года после перенесенного психотического эпизода у лиц пожилого и старческого возраста наблюдалась регоспитализация с повторным психотическим эпизодом.

Из причин, приведших к регоспитализации, следует выделить:

- 1) отсутствие адекватного лечения на амбулаторном этапе после выписки из стационара;
- 2) дезадаптация, обусловленная непривычной для пациента средой пребывания (смена места жительства по выписке из стационара и т.п.);

3) усугубление имеющейся сопутствующей соматической патологии или присоединение новых соматических расстройств к имеющимся;

4) развитие ургентной соматической патологии на фоне хронической соматической патологии (инсульт, инфаркт и т.п.).

В связи с этим возникла необходимость разработки специфических реабилитационных мероприятий для лиц пожилого и старческого возраста, перенесших психоз, как на этапе стационарного лечения, так и на амбулаторном этапе наблюдения.

Необходимость комплексного подхода в реабилитации лиц пожилого и старческого возраста, перенесших психоз очевидна. Ведь помимо лечения основного психического расстройства важно выявление и своевременное адекватное лечение сопутствующей соматической патологии, тренинговая работа соцработников по дальнейшей адаптации пациента, работа с родственниками и ухаживающими лицами, направленная на разъяснение необходимости поддерживающего лечения и адаптации пациента на последующем амбулаторном этапе.

Учитывая тот факт, что в 96% случаев психотические расстройства у старших возрастных групп развивались на фоне деменции, в обязательную программу лечения были включены так называемые «антидементные» препараты в сочетании с антипсихотиками. Использовались средства двух химических групп – ингибиторы NMDA-рецепторов (акатинол мемантин – 87%) и ингибиторы АХЭ (ривастигмин, галантамин, донепизил – 13%). Такое распределение было связано с наличием сопутствующей декомпенсированной соматической патологии у большего числа пациентов и отсутствием влияния мемантина на имеющуюся патологию. Использование антидементных лекарственных препаратов способствовало уменьшению сроков пребывания в психозе (в 34% случаев), более «мягкому» его протеканию (в 18% случаев) и формированию меньшего когнитивного дефекта по выходу из психоза (в 22% случаев) в сравнении с группой пациентов, которые получали только симптоматическую терапию психотических расстройств.

Из антипсихотиков применялись как типичные (68%), так и атипичные (32%) нейролептики, в зависимости от тяжести и глубины психотического расстройства и сопутствующей соматической патологии.

На стационарном этапе лечения психотических расстройств у старших возрастных групп помимо лечения психической патологии (деменции и самого психоза), важно своевременно компенсировать имеющуюся сопутствующую соматическую патологию. Лечение инфекционных, сердечно-сосудистых, эндокринных, неврологических и других расстройств должно быть симптоматическим в соответствии с тяжестью и уровнем декомпенсации данных заболеваний. К их лечению должны привлекаться специалисты соответствующей квалификации. В случаях, когда необходимо оказание ургентной помощи (выявлена тяжелая пневмония, острый живот, инсульт и т.д.) и лечение в психиатрическом стационаре становится невозможным по жизненным показаниям, необходим перевод в профильное медучреждение в порядке скорой медицинской помощи.

Среди обследованных нами пациентов были выявлены следующие сопутствующие соматические расстройства: гипертоническая болезнь у 22%, ишемическая болезнь сердца у 7%; сахарный диабет у 3%; острый инфаркт миокарда у 3%; острое нарушение мозгового кровообращения у 2%; инфекционные заболевания (пневмония) у 4%; сочетание заболеваний у 24%. Из всех сочетанных соматических расстройств в 55% случаях преобладали различные комбинации сердечно-сосудистой патологии. В 45% случаях выявлена комбинация сердечно-сосудистых, эндокринных, неврологических и инфекционных заболеваний.

Следует обратить внимание, что в 21% случаев хронических соматических расстройств они были в стадии декомпенсации перед развитием психоза, либо пациенты были доставлены в психиатрическую больницу под маской острого психоза, ургентная



соматическая патология была диагностирована в ходе госпитализации. Своевременная диагностика и лечение соматической патологии в 75% случаев привели к улучшению общего состояния пациентов пожилого и старческого возраста с психозом, позволили сократить срок лечения нейролептиками в 14% случаев, а в 3% случаев и вовсе привели к отмене нейролептиков.

Уже на стационарном этапе лечения по выходу из психоза необходимо проведение мероприятий, направленных на сохранение имеющихся навыков, мелкой моторики, двигательной активности, когнитивных функций. В нашем случае данные мероприятия осуществляли соцработник (83%) – проведение тренинговых работ с пациентами, которые распределялись по группам в соответствии с когнитивными функциями, а также разъяснительная работа с родственниками пациентов, тренинги по тренировке памяти и внимания; массажист (3%) – ЛФК, массаж; средний и младший медперсонал отделения (100%) – осуществление должного ухода, контроля за приемом препаратов, трудотерапия или занятия, направленные на сохранение двигательной активности; лечащий врач – разъяснительная работа с пациентами и их родственниками о необходимости продолжения лечения после выписки из стационара, формирование мотивации дальнейшей терапии как психических, так и соматических расстройств у родственников пациентов (100%).

Таким образом, при комплексном подходе к разработке лечебно-реабилитационных мероприятий у лиц пожилого и старческого возраста, перенесших психоз на стационарном этапе нам удалось добиться сокращения пребывания пациента в психозе и как следствие – сокращения сроков стационарного лечения (на 12%). Выход из психоза сопровождался меньшими «когнитивными потерями» за счет активной антидементной терапии (в 48%); сокращения сроков лечения антипсихотиками за счет своевременной компенсации сопутствующих соматических расстройств и лечения фоновых психических расстройств (деменция) (на 14%) вплоть до отмены (5%). Родственники данной категории пациентов стали более комплаентными (на 46%), что в перспективе, возможно, позволит снизить заболеваемость психотическими расстройствами у старших возрастных групп, снизить процент регоспитализации.

## **МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ**

Царик Н.Д., Барышева О.В.

*Краевой наркологический диспансер, Чита*

Реабилитация – это концептуальная модель, подразумевающая существование сложной многофакторной природы заболевания и утверждающая, что биологические, психологические, социальные и духовные факторы играют значительную роль в функционировании человека. При реализации данного подхода внимание фиксируется не на болезни и ее симптомах, а на пациенте, как целостной личности со всеми его жизненными заботами и проблемами. Главная цель реабилитации, на наш взгляд, состоит в восстановлении утраченных положительных социальных навыков, в формировании нормативного социального статуса на основании изменения личностных ценностей, а также в развитии творческого потенциала. Это постоянный активный поиск, мотивационное консультирование, социальная и психологическая поддержка, обеспечение доступа к услугам социальной, медицинской и иной направленности.

Ранее в отечественной системе оказания наркологической помощи в отношении зависимых лиц решались в основном медико-биологические задачи, в том числе и

различного вида кодирования. В настоящее время, кроме медикаментозного лечения, используется программно-целевой подход, который предполагает разнообразие компонентов лечебно-профилактического процесса в зависимости от уровня мотивации.

При этом мотивация выражается в степени готовности к изменению существующего положения и предусматривает:

- желание начать лечение;
- активное сотрудничество в достижении терапевтических целей во время лечения;
- стремление избежать рецидивов после окончания лечения.

На наш взгляд, к основным положениям реабилитации в наркологическом стационаре можно отнести следующие постулаты:

1. Все реабилитационные мероприятия реализуются членами наркологической бригады, в которую входят врач психиатр-нарколог, медицинский психолог, психотерапевт, специалист по социальной работе;

2. Так как лица, находящиеся в трудной жизненной ситуации в связи со злоупотреблением психоактивных веществ, почти всегда имеют проблемы во многих других областях жизни, эти проблемы могут быть как результатом сформированной зависимости, так и ее причиной. К таким причинам можно отнести:

- проблемы физического здоровья,
- проблемы психического здоровья,
- проблемы взаимоотношений с другими людьми и с семьей,
- проблемы трудоустройства,
- проблемы проведения свободного времени и отдыха и многое другое.

В связи с этим проводится комплексное, последовательное выявление всех био-психо-социо-духовных проблем, связанных со злоупотреблениями.

В первую очередь, пациент, поступивший в стационар, получает полную медикаментозную помощь. На 3-5-е сутки к работе подключаются психотерапевт и психолог. Специалист по социальной работе оказывает помощь в решении социальных проблем, консультирует по вопросам трудоустройства. Проводятся консультирование и индивидуальные сеансы психотерапии и тестирования. На этом этапе реабилитации формируются группы. Затем проводится групповая работа, индивидуальные сеансы, в работу включаются участники групп Анонимные Алкоголики и Анонимные Наркоманы, консультанты по химической зависимости, которые сами прошли путь выздоровления.

Положительным результатом групповой работы является то, что пациент получает поддержку от участников группы. Ценным является то, что участники делятся своим опытом, трудностями и достижениями.

Работу в группах можно разделить на несколько этапов.

Этап адаптации – направление на приспособление пациента к условиям, распорядку проживания в реабилитационной среде, установка личностных контактов с сотрудниками и участниками программы.

Этап интеграции – на этом этапе формируется устойчивый психотерапевтический альянс и сотрудничество специалиста и пациента в достижении терапевтических целей, пациент учится навыкам прогнозирования последствий собственного поведения, как избежать срыва и рецидивов, как преодолевать жизненные трудности, строить нормальную, полноценную жизнь в реальных условиях.

Этап стабилизации – на этом этапе идет подготовка пациента к возвращению в семью и в общество, активное вовлечение в сообщества Анонимные Алкоголики и Анонимные Наркоманы.

Этап реабилитации – завершающий этап, направленный на профилактику срывов и рецидивов заболевания, улучшение качества жизни. Этот завершающий этап реализуется усилиями амбулаторной реабилитации или реабилитационного отделения, где пациенты получают более объемную психологическую и психотерапевтическую помощь.

В краевом наркологическом диспансере данный вид помощи начал оказываться с 2015 года, 64 человека получили реабилитационную помощь. Участники данной программы находились на лечении от 2 недель до 3 месяцев. Во время групповой работы основной целью являлось формирование альянса и сотрудничества специалиста и пациента. Тренинговая работа, позволяющая сформировать чувство уверенности, моделировать и проигрывать навыки, считается наиболее важной. При этом используются техники релаксации, обучения навыкам совладания со стрессом.

Еще одним видом работы, которому уделяется особое внимание, является семейная психотерапия. Во время такой работы происходят изменения в структуре семьи, разрыв «порочного круга» во взаимоотношениях и переход семьи к более доверительным отношениям.

Таким образом, медицинская реабилитация пациентов наркологического отделения, осуществляемая бригадой специалистов, использующих био-психосоциальный комплексный подход с преимущественно групповыми формами работы, обязательным участием близкого окружения пациента, на сегодняшний день является приоритетным направлением оказания специализированной наркологической помощи населению.

## **НЕКОТОРЫЕ ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАТИНОНОВ**

Черенков А.А.

*Республиканский наркологический диспансер, Ижевск*

В последние годы значительно увеличилось количество потребителей синтетических катинонов, прежде всего соединений пировалерона (PVP).

По данным литературы (Брагин Р.Б., 2010) катиноны, извлекаемые из растения кат (Catha edulis), человек использовал в рекреационных целях на протяжении многих веков. Жевание листьев и зеленых побегов этого растения вызывает эйфорический эффект, похожий на эффект от амфетаминов. В 2006 году в мире насчитывалось 10 млн. потребителей ката (хата). Существуют работы по прикладным аспектам проведения анестезиологического пособия у лиц, систематически принимающих психогенный стимулятор кат (Нузейли М и соавт., 2007).

К группе синтетических катинонов и их прекурсоров относятся наркотические средства эфедрон (меткатинон), мефедрон, метилон, психотропное вещество пировалерон (Брусин К.М. и соавт., 2011).

Способы их употребления могут различаться, но чаще всего синтетические катиноны вдыхают через нос или принимают внутрь. Имеются также сообщения о ректальном их применении, гингивальном (через десны), в ингаляциях, а также внутримышечно и внутривенно. Большей частью синтетические катиноны выводятся с мочой и их уровень можно замерить в крови, моче и содержимом желудка с помощью методов газовой или жидкостной хроматографии / масс-спектрометрии (Вишневецкий М.К. и соавт., 2011).

В настоящее время указанные вещества с аналогичным действием продаются как «соль для ванн», «подкормка для растений» и т.д., а структура действующих веществ постоянно меняется с целью обойти антинаркотическое законодательство (Rosenbaum Ch.D. et al., 2012).

В нашем стационаре применение катинонов (т.н. «солей») было впервые зафиксировано в 2010 г. у больного с опиоидной наркоманией. В дальнейшем, за 2011-2015 гг., через ОАРИТ прошло 219 больных с отравлениями катинонами (PVP). Следует отметить, что экспресс-метод обнаружил PVP лишь в 7% случаев. ГХ-МС и ВЭЖХ позволили обнаружить PVP в 27% случаев, однако результаты анализов были получены на 2-4 сутки, когда зачастую потеряли уже свою актуальность.

В отличие от литературных данных практически 100% наших пациентов применяли PVP инъекционным способом.

Средний возраст больных составил  $34,55 \pm 6,16$  лет. 179 больных (81,74%) были мужчинами, соответственно 40 (18,26%) женщинами.

Следует отметить, что пациенты с PVP более «возрастные» по сравнению с пациентами со «спайсами», где доля несовершеннолетних достигает 37%. Среди пациентов с PVP более трети составляют больные из числа «старых» опиоидных наркоманов. Вероятно, этим объясняется «преморбидный фон» наших пациентов. Так у 27 (12,33%) больных был положительным экспресс-тест на ВИЧ – инфекцию.

Ведущими симптомами у больных с отравлениями PVP были инсомния и галлюцинации, встречавшиеся практически у всех пациентов. Важным патогномичным признаком отравления PVP явился гипергидроз. Примерно у 35% больных нами наблюдалась гипертермия.

По анамнестическим данным средняя доза PVP составляет 100-200 мг парэнтерально, с наступлением эффекта через 10-15 минут и его продолжительностью от 2 до 5 часов. Психоактивный эффект может продолжаться от 2 до 7 часов.

Комы с различной степенью проявления зафиксированы примерно у 15% (33) пациентов. Чаще всего кома наблюдалась у пациентов с *mixt* отравлениями (PVP с алкоголем, лекарственными средствами).

Также достаточно часто (8,6%) имела место выраженная дыхательная недостаточность как «центрального генеза», так и как проявление пневмонии. 7 больным (в 3% случаев) потребовалась интубация трахеи и ИВЛ в различных режимах.

Практически у всех больных наблюдался лейкоцитоз до уровня  $12-16 \cdot 10^9$ /л. Вероятно, это объясняется как способом (чаще всего инъекционным) введения, зачастую далеким от стерильного, так и повреждающим действием самого вещества. Исключение составили больные из числа «старых наркоманов» в преморбидном фоне которых имеется ВИЧ – инфекция, у таких больных имела место даже лейкопения.

Любопытными представляются результаты исследования уровня глюкозы крови. При отравлениях PVP вначале, при экспозиции менее 6-8 часов, наблюдается умеренная гипергликемия (7-16 ммоль/л), а при более длительной экспозиции наблюдается снижение уровня глюкозы, зачастую до критических значений (0,2-0,3 ммоль/л). В доступной литературе нам не встретилась интерпретация данного феномена. По-видимому, изменение уровня глюкозы связано с биотрансформацией самого PVP и его воздействием на поджелудочную железу. Этот фактор необходимо учитывать при диагностике отравления и составлении инфузионной программы. Также достаточно значимо менялся азотистый обмен. Величины креатинина и мочевины у 18% наших больных были выше нормальных значений, в основном у больных с PVP *mixt*- отравлениями.

Наиболее грозными осложнениями, как по данным литературы (Брусин К.М. и соавт., 2011) так и по собственным наблюдениям, являются судороги и ОПН. Судороги наблюдались нами у 8 больных, из которых у 5 был обнаружен PVP. Судороги удалось купировать введением барбитуратов. У 9 больных имела место ОПН – 4 из них потребовался гемодиализ.

По трехлетнему опыту работы с достаточно массовым поступлением больных с отравлениями дизайнерскими наркотиками авторы придерживаются мнения об обязательном осмотре поступившего больного анестезиологом-реаниматологом. Как

показывает практика, наиболее оптимальным является госпитализация больного в ОАРИТ. В условиях ОАРИТ легче обеспечить как динамическое наблюдение, так и лечебно – диагностические мероприятия.

Нами был выработан своего рода алгоритм действий при поступлении больного с отравлением РVP. Согласно этому алгоритму лечебно-диагностические мероприятия должны осуществляться в следующем порядке:

1. Осмотр пациента в условиях приемного отделения и определение показаний для госпитализации в ОАРИТ (показания должны быть расширенными и включать в себя выраженные психотические проявления);

2. При поступлении мягкая фиксация больного. Данная процедура профилактирует аутоагрессию и позволяет провести все остальные лечебно – диагностические мероприятия;

3. Обеспечение сосудистого доступа. Параллельно взятие крови на клинический, биохимический и химико-токсикологический анализ. Как правило, данная процедура не вызывает сколь-либо серьезных затруднений, однако у «старых наркоманов», перешедших на РVP, приходится иногда, в экстренном порядке, катетеризировать центральную вену. В этой связи целесообразно иметь несколько наборов для катетеризации, поскольку манипуляция может иметь технические сложности. Также нужно быть готовым к переходу на альтернативные методики (катетеризации *v. jugularis int.*, *v. femoralis*, *v. jugularis ext.*). Следует также учитывать, что пациенты из числа «старых наркоманов» имеют зачастую т.н. «открытый пах», что препятствует катетеризации *v. femoralis*;

4. Катетеризация мочевого пузыря с параллельным взятием мочи на токсикологический анализ;

5. Особое внимание следует уделить мониторингу гликемического статуса (целесообразен повтор анализов глюкозы каждые 2-3 часа);

6. Купирование психотической реакции. Изначально целесообразно купировать ее бензодиазепиновыми производными. При отсутствии эффекта от бензодиазепинов следует перейти на введение барбитуратов через дозатор;

7. Инфузионная терапия (1-2 мл/кг в час) показана при дегидратации – снижение выделения мочи до 1 – 2 мл/мин;

8. Обязательная профилактическая антибактериальная терапия антибиотиками широкого спектра действия;

9. Обеспечение мониторинга основных параметров (ЧСС, АД,  $sO_2$ ).

Дальнейшая тактика должна избираться более индивидуально. Так при гипертермии рекомендуется наружное охлаждение и купирование возбуждения. Коматозное состояние с угнетением дыхания является показанием к немедленной интубации трахеи и (при необходимости) ИВЛ. При гипогликемии, водно-электролитных нарушениях показана быстрая коррекция состояния.

За отчетный период практически удалось избежать летальных исходов, связанных с отравлениями дизайнерскими наркотиками (единственная умершая больная с выявленным РVP поступила в терминальном состоянии, с явлениями инфекционно-токсического шока вследствие пневмоцистной пневмонии на фоне последней стадии ВИЧ-инфекции).

Резюмируя полученные результаты, следует отметить:

- Появление и широкое распространение дизайнерских наркотиков является новым вызовом как обществу в целом, так и медицине, в частности реаниматологии.
- Значительная часть «старых» героиновых и дезоморфиновых наркоманов перешли на потребление катинонов, в частности различных соединений пировалерона.
- Угнетение сознания до уровня комы наиболее характерно при отравлениях катинонами. Для них же характерны нарушения углеводного и азотистого обмена.

- Важнейшая роль в лечебно-диагностическом процессе принадлежит клинической и токсикологической лабораторной диагностике. В этой связи, следует укрепить материально-техническую базу и кадровый состав лабораторной службы.
- Необходимо также улучшить взаимодействие между реанимационной и лечебно-диагностическими службами, как в профильных учреждениях, так и с другими ЛПУ города.

## АНАЛИЗ ПЕРВЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ РАБОТЫ КАБИНЕТА АКТИВНОГО ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Чорнс В.Г., Ступина О.П.

*Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского, Чита*

Кабинет активного диспансерного наблюдения (АДН) был создан на базе диспансерного отделения ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница имени В.Х. Кандинского» 11 июля 2014 года как новая форма оказания психиатрической помощи.

Одним из основных направлений работы кабинета АДН является предупреждение противоправного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами, что, в свою очередь, является одним из критериев оценки качества и доступности психиатрической помощи.

Особый раздел деятельности кабинета представлен системой мер первичной и вторичной профилактики общественно опасных действий (ООД), который включает в себя комплекс мер по выявлению, лечению и медико-социальной реабилитации пациентов с психическими расстройствами из групп риска. Так, первичная профилактика ООД заключается в выявлении пациентов с опасными поведенческими тенденциями среди общего числа лиц, получающих психиатрическую помощь, а также принятие мер по предупреждению реализации этих тенденций. Вторичная профилактика – это профилактика повторных ООД со стороны больных, ранее уже совершавших опасные деяния.

Профилактика ООД путем выявления потенциально опасных психически больных является функцией внебольничного подразделения психиатрической службы. Реализация указанных задач осуществляется согласно «Инструкции по взаимодействию органов здравоохранения и органов внутренних дел по предупреждению ООД лиц, страдающих психическими расстройствами».

Группа АДН формируется комиссией врачей психиатров. Активному диспансерному наблюдению подлежат лица, страдающие хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, склонные к общественно опасным действиям; а также пациенты, направленные судом для прохождения амбулаторного принудительного лечения (АПНЛ).

В Забайкальском крае в 2015 году из числа лиц, обратившихся с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства (2743 человека) 403 человека (или 14,6 на 100 тыс. населения) были взяты на «Д» учет. Стоит отметить, что за время работы кабинета АДН число лиц с психическими расстройствами, подлежащих активному диспансерному наблюдению, увеличилось на 117 человек или на 18 %. Таким образом, в 2015 году под активным диспансерным наблюдением находилось 745 больных, показатель составил 68,5 на 100 тыс. населения.

В 2015 году пользовалось амбулаторным принудительным лечением 166 человек (2013 год – 171; 2014 год – 172 человека), по сравнению с 2014 годом число данных пациентов уменьшилось на 1,4 %. Доля больных с психозами в этой группе лиц составила 41,6 % (2013 год – 39,2 %; 2014 год – 42,5 %), больных с непсихотическими расстройствами – 24,1 % (2013 год – 21,6 %; 2014 год – 23,8 %), больных умственной отсталостью – 34,3 % (2013 год – 39,2 %; 2014 год – 33,7 %).

Среднее число дней пребывания на АПНЛ в крае в 2015 году, в сравнении с 2013 годом, уменьшилось на 12 %: с 1732,8 дней до 1525,4 дней (2014 год – 1697 дней). В РФ в 2013 году средняя длительность пребывания больного на принудительном лечении составила 1198,2 дней, в том числе среднее число дней на АПНЛ – 632,7, в психиатрическом стационаре – 565,5 дней.

Доля больных, находящихся на АПНЛ в Забайкальском крае на конец года (85), из общего числа больных, находящихся на принудительном лечении (268), составила 31,7 % (2013 год – 42,5 %; 2014 год – 35,7 %). Следовательно, удельный вес АПНЛ в системе профилактики ООД в Забайкальском крае соответствует таковому показателю по Российской Федерации (32 %).

Уменьшение сроков лечения на АПНЛ в Забайкальском крае в 2015 году привело к уменьшению и количества больных, находящихся на амбулаторном принудительном лечении. Ситуация эта обусловлена созданием кабинета АДН на базе ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского», в задачи которого вошло также оказание консультативной помощи врачам психиатрам районов края и проведение комиссионных осмотров больных для подачи документов в суд на отмену принудительного лечения или его продление.

Существующие трудности с отменой данного вида принудительного лечения в районах Забайкалья возникали из-за того, что в некоторых из них отсутствуют врачи психиатры. Поэтому было принято решение о доставлении пациентов в близлежащие районы, где есть врачи психиатры, либо о транспортировке их на комиссионный осмотр в Кабинет АДН.

Необходимо отметить, что в кабинете активного диспансерного наблюдения внедрен и используется бригадный метод работы, реализуются программы фармакотерапии, психосоциальной терапии, медицинской психосоциальной реабилитации, направленные на профилактику повторных общественно опасных действий. Они включают купирование психопатологических расстройств, восстановление утраченных трудовых навыков, навыков самостоятельного проживания, формирование ответственности за свое здоровье и поведение, обучение пациентов и их родственников раннему распознаванию признаков начинающегося обострения болезни, формирование приверженности к лечению, повышение правовой грамотности и пр., что, в свою очередь, должно создать возможность дальнейшей ресоциализации данных пациентов.

## **ОПЫТ РАБОТЫ ПО ВНЕДРЕНИЮ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ «12 ШАГОВ» В СООБЩЕСТВЕ «АНОНИМНЫЕ АЛКОГОЛИКИ» В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ**

Эпов Н.Ю.

*Краевой наркологический диспансер, Чита*

Ещё в начале 90-х годов опыт наблюдения врачей психиатров – наркологов за пациентами в период диспансеризации показал необходимость как стационарных, так и

амбулаторных методов реабилитации, а также необходимость после окончания диспансерного наблюдения дать возможность поддерживать активную самостоятельную работу над своей трезвостью и делиться опытом по нахождению путей выздоровления в составе общественной организованной группы.

В настоящий период не является новостью открытие в нашей стране содружества «Анонимных Алкоголиков», ставшего международным сообществом, которое объединяет мужчин и женщин для решения своих проблем, и помощи тем, кто пытается найти исцеление от ужасной болезни – алкоголизма.

Программа, рекомендуемая АА, состоит в основном из так называемых «12 шагов», которые были разработаны самими пациентами для лиц, ставших на путь самостоятельного излечения от алкоголизма. Содружество «Анонимных Алкоголиков» объединяет почти 105 000 активно действующих местных групп АА в 150 странах. Благодаря его деятельности несколько миллионов людей обрели трезвость.

В середине 90-х годов в Забайкалье было трудно представить, даже на базе наркологического диспансера, что движение «Анонимных Алкоголиков», которое родилось в 1935 году в США, будет самостоятельно активно работать и выходить на уровень международных контактов с представителями других стран сообщества «Анонимных Алкоголиков» в нашем крае. В то время об этом можно было только мечтать. В период становления общества врачи не оставались в стороне: проводились дискуссии и споры, изучение двенадцати традиций и шагов программы «Анонимным Алкоголиков».

Осенью 1995 года была начата работа по стационарной психотерапевтической реабилитационной программе на основе двенадцати шагов «Анонимных Алкоголиков». В течение 20 дней проводились закрытые группы, строго по расписанию на занятиях психотерапевтической группы изучались подробно первые четыре шага программы «Анонимных Алкоголиков», объяснялись медицинские, социальные и юридические последствия заболевания алкоголизмом, методы релаксации, формирование мотивации на трезвость, проводилась индивидуальная и семейная терапия. Нередко на лечение обращались лица без определенного места жительства, социально дезадаптированные. Им также не отказывали во всесторонней помощи (восстановление документов, поиск родственников, трудоустройство, при возможности определение места жительства), так как медики-энтузиасты были едины во мнении, что помощь должна предоставляться всем независимо от социального положения. «Дать шанс каждому» - таков был лозунг врачей. На сегодняшний день один из таких пациентов является активным членом содружества «Анонимных Алкоголиков», имея 20 лет трезвости.

После выписки из стационара продолжалась амбулаторная реабилитация по изучению и освоению оставшихся шагов программы, приобщению к 12 традициям «Анонимных Алкоголиков».

В феврале 1996 года активная группа пациентов, которые к тому времени имели до восьми месяцев трезвости, принимали активное участие в продвижении психотерапевтической программы. Психотерапевтической группе было предложено выйти из-под крыла медиков, работающих по двенадцатишаговой программе «Анонимные Алкоголики», и стать самостоятельным движением содружества «Анонимные Алкоголики» города Читы.

Так образовалась первая группа «Анонимных алкоголиков» в 1996 году под названием «Чароит», которая была официально зарегистрирована 01 марта 1996 года – эта дата отмечается как день рождения общества в Забайкалье.

Активная работа продолжалась по стационарной реабилитации пациентов с алкогольной зависимостью на основе двенадцатишаговой программы «Анонимных алкоголиков» в наркологическом диспансере города Читы до весны 1998 года.



Однократно в процессе амбулаторной работы возобновлялась работа в круглосуточном режиме при стационаре краевого наркологического диспансера.

Всего за данный период прошли лечение 52 человека (в том числе 7 женщин). 45% из них составляли пациенты с высшим образованием. Возраст пациентов от 28 до 47 лет.

По результатам лечения, 12 человек после прохождения программы, в дальнейшем, ко мне, как к специалисту психиатру-наркологу, не обращались, сведений о них нет. 7 человек имели срывы в течение от 4 месяцев до одного года, после чего обращались на повторную амбулаторную реабилитацию. Из них 3 человека самостоятельно прекратили лечение. 2 человека имели более длительную ремиссию до 1 года. 2 человека имели ремиссию более 3 лет, после чего были сняты с диспансерного учета. 4 человека имели ремиссию до 5 лет, 2 человека – 8 лет, 1 человек – 11 лет. Остальные пациенты в силу различных причин отсеивались по ходу лечения. Многие из тех, кто закончил амбулаторную реабилитацию, в дальнейшем влились в ряды сообщества «Анонимных Алкоголиков».

За время работы в Забайкальском крае на базе наркологического диспансера после реабилитации по двенадцатишаговой программе «Анонимных Алкоголиков» трое пациентов имеют ремиссию в течение 20 лет, открылись дополнительно четыре самостоятельных группы, в Чите проведено два Форума, один из них – международный, на котором присутствовали представители АА из Монголии, Южной Кореи, Польши.

Таким образом, жизнь подтвердила эффективность данного метода лечения и открытия сообщества «Анонимных Алкоголиков» в Забайкальском крае.

## CLINICAL FEATURES OF INTERNET ADDICTIVE BEHAVIOR IN ADOLESCENTS

Iskandarova J.M.

*Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan*

**Introduction.** The World Information Network created a "virtual world", which takes possession of the minds of many young people, forming a much stronger drug dependence. Computer addiction - a form of psychological dependence, which manifests itself in obsessive fascination with computer games [Joffe R., Dobson K.S., Fine S., Marriage K. & Haley G., 1990]. An analysis of the scientific literature indicates that the most vulnerable groups in the formation of computer addiction, as a type of non-chemical addictions are teenagers [Harrington R., 1995]. According to the American Academy of Pediatrics dependence observed in every tenth child [John Wiley & Sons, 1995]. The greatest danger represents a role-playing games, because the mechanics of the game represent the "entry" of a person in the game, the integration with the computer, the loss of individuality and the identification of himself with a computer character. Going to a "virtual world" is accompanied by a complete detachment from reality and delinquent behavior. Player is fully immersed in the game and virtually implements most of the existing needs. Uncontrolled gaming computer activity accompanied by increased irritability, propensity for unlawful acts hostile perception of the world [Olga Idobaeva and Andrei Podolskij., 2003]. Computer games contribute prenosological formation conditions at teenagers. Therefore, our aim was to study the characteristics of psycho-emotional disorders among adolescents dependence on role-playing games.

**Materials and methods.** During the work has been tested 40 visitors of internet clubs in Tashkent the ages from 12 to 19 years old, playing the role-playing computer games; specially designed questionnaire contained a list of questions to identify the stage of psychological dependence on computer games, to identify emotional disorders used "Hospital Anxiety and Depression Scale» (HADS). The first test was conducted on a scale HADS after finishing the game, retest the day after the last session of play.

**Results and discussion.** The bulk of the respondents 90% were boys. 60% carried away with playing computer games at the age of 12 years, 25% of respondents – in 14-15 years, and only 15% of teenagers started to play computer games at the age of 16 years. In role-playing computer games "in the first person" has played 80% of the respondents, the remaining 20% role-playing computer games "in the third person." role-playing computer games "in the first person," characterized by a deep entry into the game, complete identification with the hero, the loss of connection with the real situation and the transition to the virtual world, highly motivated gaming activity and expression of emotional dependence.

Computer games, "the third person" cause less interest among players in the absence of express immersion in a virtual world, a weak identification with the hero, low motivational inclusion. Boys played mainly in computer role-playing game "in the first person," which have the greatest impact on the psyche of teenagers. The need for this form of the game interviewed explained by the desire to escape from reality and the need in making a more important social role. In 10 of those surveyed (25%) were socialized form of dependence. These teenagers always play with others, the motivation of the game is competitive in nature, in the absence of other games not played, dissatisfaction experienced in case of loss team. 75% of respondents have a personalized form of dependence, always play alone, the need for the game high, in the absence of the game experiencing dissatisfaction, negative emotions, and anxiety. The study of emotional disorders showed that their presence and severity linked to form and the step depending role of computer games. So those with socialized form of dependence in 25% of cases detected stage of mild passion to the computer games, in 75% of cases - the stage of practical use. Adolescents with this depending on the form of emotional disorders were detected in 4 respondents (40%),

these persons have a long gaming experience. On a scale HADS subclinical expressed anxiety and depression found in people with the second stage of computer addiction. Adolescents with the first step, a decrease depending on the mood and appearance feelings of guilt in case of loss team in the second test on a scale HADS noted the presence of subclinical expressed anxiety. In the second stage, depending out of the game teenagers complained of being bored, depressed mood, depression, in case of the possibility to hold team play marked euphoria, increased imagination, raising moods, fantasies about the game. Individuals with the second stage depending retest showed marked preservation of subclinical anxiety and depression. In patients with a form of individualized depending 100% of the identified emotional disorders. In accordance with step varies depending on the severity of affective disorders. When individualized form according patients with the first stage (30% of respondents) emotional disorders in the first and second test has not been revealed. On a scale by the HADS determined "norm" - the absence of reliable pronounced symptoms of anxiety and depression. In patients with a form of individualized depending 100% of the identified emotional disorders. In 18 adolescent was found stage of practical use from computer games, in 83% of cases on a scale of HADS in the first test was determined subclinical anxiety expressed in 27% of cases detected subclinical expressed depression. These teenagers have experienced anxiety due to lack of opportunities to spend time playing computer games, the appearance of such a possibility anxiety levels significantly decreased. Teens for a long time after the cessation of the game are constantly returned in an interview to the game situation, experiences due to the fact that they were unable to finish the game because they wanted to. For teenagers in the group were characteristic leaves the house, the negative attitude towards others and their efforts to interrupt the stay at the computer, psycho-emotional stress in the absence of opportunities to spend time at the computer. In communion a favorite topic of discussion become a computer game, fantasizing about the hero of the game, a dream about staying at the computer. Re-testing changes in the level of depression did not reveal these teenagers linked his condition with the constant conflicts with their parents, with their lack of understanding and excessive demands for learning. In 3 adolescents was identified third stage of computer addiction. In this group the first and second test on a scale HADS revealed clinically severe anxiety and depression. These teenagers poorly controlled himself, become emotionally unstable, decreasing criticism of the behavior in case of an interruption the game is marked aggressiveness, rudeness. For the surveyed persons from the group of the third stage according to characteristic were often leave the house, scattering indicated the presence of impulsive behavior, tendency to lie, conduct disorder, a sharp change of emotion in their extreme form, unwillingness to learn, lack of proper sleep, some teens noted the presence of dreams with scenes from computer games, obsessive thoughts about the game. These teens missing emotional and behavioral self-control. In some cases in adolescents with an individualized form of dependence was observed, indifference to everything that does not concern his hobbies, missing classes, decreased performance, narrowing the circle of social contacts.

**Conclusion.** Thus, the psychoemotional disorders are leaders the clinical picture and amplified depending on the development of internet- computer addiction lead to vulnerability in the development of emotional self-control, inability to cope with stressful situations, the formation of depressive disorders and social disadaptation.

НАУЧНОЕ ИЗДАНИЕ

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ  
ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ  
В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

Сборник тезисов  
Региональной научно-практической конференции  
«Актуальные проблемы психиатрии и наркологии»  
(Чита, 26-27 мая 2016 года)

Под научной редакцией  
А.В. Сахарова

Дизайн, верстка: А.В. Сахаров, С.Е. Голыгина

Подписано в печать 16.05.2016  
Формат 210 × 297 мм.  
Полнотекстовое издание на электронном носителе (CD)  
Тираж 200 экз.

Тел/факс: (3022) 40-14-67  
E-mail: sawt@list.ru

