



Межрегиональная
научно-практическая конференция
IV Кандинские чтения

МАТЕРИАЛЫ

г. Чита

10-11 июня 2026 года

**ФГБУ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ ИМ. В.П. СЕРБСКОГО» МИНЗДРАВА РОССИИ
НИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ФГБНУ ТОМСКИЙ НИМЦ РАН
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ
ГБУЗ «КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ИМ. В.Х. КАНДИНСКОГО»
ГАУЗ «ЗАБАЙКАЛЬСКИЙ КРАЕВОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»
РОО «ЗАБАЙКАЛЬСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ПСИХИАТРОВ»
АССОЦИАЦИЯ НАРКОЛОГОВ ЗАБАЙКАЛЬЯ**

IV Кандинские чтения

Материалы межрегиональной научно-практической конференции

10–11 июня 2026 года

УДК 616.89
ББК 56.1

НАУЧНОЕ ИЗДАНИЕ

Актуальные проблемы психиатрии и наркологии в современных условиях: материалы межрегиональной научно-практической конференции «IV Кандинские чтения», 10–11 июня 2026 г., г. Чита / под общей редакцией А.С. Озорнина, О.П. Ступина, О.П. Дубинина; Читинская государственная медицинская академия. – Электрон. текстовые дан.– Чита : РИЦ ЧГМА, 2026. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). – Мин. систем. требования: IBM PS 100 МГц; 16 Мб RAM; Windows XP; AdobeReader.

ISBN 978-5-904934-81-1

Материалы межрегиональной научно-практической конференции «IV Кандинские чтения» представляют собой сборник научных работ участников конференции.

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

1. Современные подходы к организации психиатрической и наркологической помощи в Российской Федерации.
2. Актуальные проблемы эпидемиологии и диагностики психических и поведенческих расстройств.
3. Современный взгляд на вопросы терапии, прогноза и профилактики психических и наркологических заболеваний.
4. Современные аспекты психофармакотерапии.
5. Биологические основы психических и наркологических расстройств.
6. Актуальные вопросы психотерапии и клинической психологии.

В настоящем сборнике представлены 75 научных публикаций специалистов разных регионов России и стран СНГ.

Для психиатров, наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов.

Ответственные за выпуск:

А.С. Озорнин

Оригинал-макет подготовлен редакционно-издательским центром ЧГМА, 672000, г. Чита, ул. Горького, 39-а тел./факс: 8 (3022) 35-43-24/8 (3022) 32-30-58 e-mail: pochta@chitgma.ru

Техническое редактирование и верстка: Никифорова Э.О.

Подписано к использованию 15.05.2026

Объем 3,54 Мб

Электронное издание на CD-ROM, 12 см, цв.,

Тираж 20 экз.

ISBN 978-5-904934-81-1

СОДЕРЖАНИЕ

Абдукодирова А.М., Бабарахимова С.Б. (Ташкент, Узбекистан) Арт-терапия в реабилитации детей с атипичным аутизмом.....	7
Аксенова Е.В., Сахаров А.В., Селезнев М.С., Назаренко В.В. (Чита, Москва, Россия) Клинические и социальные аспекты аутоагрессии у подростков: данные психиатрического стационара Забайкальского края.....	8
Алигаева Н.Н. (Москва, Россия) Зарубежный взгляд на профилактику наркозависимости осужденных.....	9
Антонова А.С., Титов Д.С. (Омск, Россия) Современные аспекты организации лечебно-реабилитационного процесса для пациентов с алкогольной зависимостью в рамках межведомственного взаимодействия.....	11
Барышева О.В. (Чита, Россия) Диспансерное наблюдение в наркологии: нормативно правовые основы и клинико-социальные аспекты.....	13
Белокриницкая Т.Е., Озорнин А.С., Озорнина Н.В., Власова И.Д., Арефьева Д.Н., Сигаева А.А. (Чита, Россия) Распространенность и выраженность тревожных и депрессивных расстройства у беременных женщин.....	14
Бердахова А.А., Рогов А.В. (Ташкент, Узбекистан) Типология гиперкинетических расстройств в возрастном аспекте.....	15
Бибилова З.Л., Казиева А.Т. (Владикавказ, Россия) Роль психологической травмы в формировании аддиктивных расстройств: современные диагностические и терапевтические подходы.....	16
Болдовская А.В. (Чита, Россия) От регламента к результату: межведомственное взаимодействие МВД и психиатрической службы в реальной практике.....	17
Бондаренко А.В. Архипова Т.В. (Чита, Россия) ООД совершенное в состоянии временного психического расстройства.....	19
Бондаренко А.В., Татаринцев О.Е. (Чита, Россия) Коморбидные расстройства, как причина терапевтической резистентности в коррекции грубых расстройств поведения у лица с легкой умственной отсталостью: клинический случай по материалам амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы.....	21
Буйлова Е.В. (Чита, Россия) Пример клинического случая пациента с расстройством приема пищи в детском возрасте.....	23
Бунина М.В. (Чита, Россия) Основные показатели состояния детской психиатрической службы Забайкальского края за 2023–2025 годы.....	26
Варнакова Ю.В. (Чита, Россия) Формирование мотивации на выздоровление у пациентов в процессе медицинской реабилитации...28	28
Васильева Т.Н. (Астрахань, Россия) Структура и распространённость нарушений развития детского возраста в районах Астраханской области по данным ЦПМПК.....	31
Васильева Ю.В. (Чита, Россия) Мониторинг наркоситуации в Забайкальском крае за 2025 год.....	33
Викулова Е.А. (Чита, Россия) Мониторинг мероприятий по снижению смертности среди пациентов с наркологическими расстройствами в Забайкальском крае.....	35
Вицкая И.Н., Гусев А.Ю. (Чита, Россия) Трудности диагностики преходящих состояний в амбулаторной экспертной практике.....	36
Воронова Е.А., Жилина А.О., Перфильева Д.В., Притчина К. Г., Тимкина О.А., Чойдорова А.В. (Чита, Россия) Показатели жизнестойкости студенческой молодёжи.....	38

Галанина Н.А., Розанов И.А., Проничева М.М., Дубинский А.А. (Москва, Россия)	
Прогностически значимые переменные включения в группу риска психической дезадаптации лиц с аффективными расстройствами.....	39
Гармаева М.В. (Чита, Россия)	
Об участии ЗРОО «Ассоциация наркологов Забайкалья» в реализации информационных проектов по профилактике наркологических расстройств среди населения.....	41
Горковенко Л.М. (Чита, Россия)	
Амбулаторная реабилитация пациентов с наркологическими расстройствами в ГАУЗ «Забайкальский краевой наркологический диспансер».....	44
Горькая Ж.В. (Москва, Россия)	
Клинико-психологические последствия длительной бездомности.....	45
Гребень Н.Ф. (Минск, Беларусь)	
Положение и роль психогигиены в современной медицине и повседневной жизни человека.....	47
Губина Д.А., Шкитырь Е.Ю., Александрова Н.А. (Москва, Россия)	
Феномен несуйцидального самоповреждающего поведения у несовершеннолетних.....	49
Даренский И.Д. (Москва, Россия)	
Сенсорные автоматизмы больных с синдромом Кандинского.....	50
Дубинин О.П. (Чита, Россия)	
Организация наркологической службы Забайкальского края.....	53
Дядичко А.Н., Мартынова Т.О. (Москва, Россия)	
Юридические и клинические аспекты транссексуализма, или театр абсурда на примере клинического случая.....	55
Завьялов Е.В. (Чита, Россия)	
Социально-трудовая реабилитация инвалидов трудоспособного возраста с ограниченными возможностями в условиях психоневрологического дома-интерната.....	58
Игнатьева А.В. (Чита, Россия)	
Медицинская реабилитация пациентов с наркологическими расстройствами, направленных по линии комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав.....	60
Киселев Д.И., Логачева А.А., Бубнова О.А. (Тамбов, Россия)	
Взаимосвязь социальных факторов и качества ремиссии пациентов шизофренического спектра.....	61
Коньков В.И. (Москва, Россия)	
Клофелиновая терапия при синдроме отмены опиоидов.....	62
Коньков В.И. (Москва, Россия)	
Составляющие наркодоминанты.....	63
Красильникова Н.О. (Чита, Россия)	
Отличия функционального диагноза от психологического диагноза.....	64
Краузе Л.А., Павленко А.П. (Чита, Россия)	
Организация анонимной наркологической помощи в отделении № 1 Забайкальского краевого наркологического диспансера.....	66
Кривошапова Т.Н., Логачева А.А. (Тамбов, Россия)	
Социально-клинические характеристики молодых людей с тревожно-депрессивными расстройствами.....	67
Крылатова Е.В. (Санкт-Петербург, Россия)	
Психологическая динамика субъективного восприятия у пациентов с функциональной церебральной патологией в ходе психокоррекции.....	68
Кудряшов М.А. (Санкт-Петербург, Россия)	
Модификация таблиц Шульте для оценки нейродинамической нестабильности при аддикциях и проявлениях синдрома дефицита внимания.....	70
Куклина В.Л. (Чита, Россия)	
Судебно-психиатрическая оценка степени тяжести вреда здоровью.....	72
Лазо Ю.В., Днепровский В.С. (Чита, Россия)	
Амнестический синдром в структуре наркологических расстройств в Забайкальском крае.....	74

Лютова А.Д., Григорьева А.А. (Москва, Россия)	
Экзистенциальные переживания женщин с различной степенью подверженности экстеральному типу пищевого поведения.....	75
Мальцева Т.В. (Москва, Россия)	
Системный подход к психологической реабилитации сотрудников МВД России: от разработки до внедрения инновационных образовательных технологий.....	76
Мельникова И.М., Шаймухаметова С.Ф. (Казань, Россия)	
Эмпирическое исследование влияния метода emdr на показатели социальной тревожности.....	78
Мкртчян Т.А.М., Данилин И.Е. (Москва, Россия)	
Клинико-психопатологические и когнитивные особенности параноидной шизофрении при коморбидной наркотической зависимости: поперечное сравнение групп.....	80
Морозова С.А., Артемьева М.С. (Москва, Россия)	
Роль эмоционального насилия в формировании клинического континуума соматоформных расстройств у студентов.....	81
Мындускин И.В., Краева А.П., Догонов А.Т., Зенкова В.М., Забелин М.А. (Чита, Россия)	
Адаптационные возможности у пациентов с параноидной шизофренией.....	82
Мындускин И.В., Лубсанов П.Б., Григорьев О.А., Михалева К.С., Шишмарев М.А. (Чита, Россия)	
Веб-калькулятор «MENTION» для оценки суицидального риска.....	83
Мязина О.А. (Чита, Россия)	
О реализации системы раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ несовершеннолетними, в части проведения в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях профилактических медицинских осмотров на территории Забайкальского края за 2024–2025 учебный год.....	84
Оглоблина О.Н., Завгородняя Е.Б. (Чита, Россия)	
Опыт организации проведения медицинских освидетельствований и выдачи медицинских заключений для получения водительских прав и разрешения на оружие.....	86
Озорнин А.С., Большакова Т.А. (Чита, Россия)	
Дифференциальная диагностика шизофрении и психическими расстройствами при анти-NMDA-рецепторном энцефалите: описание клинического случая.....	87
Озорнин А.С., Домашонкин М.Ю., Лазукова Е.Д. (Чита, Россия)	
Особенности самостигматизации у пациентов с шизофренией, совершивших противоправные действия против личности.....	89
Озорнин А.С., Озорнина Н.В., Анцифирова И.Н., Рыбакова С.А., Савицкая Е.А. (Чита, Россия)	
Особенности несуйцидального самоповреждающего поведения у пациентов психиатрического стационара.....	90
Озорнин А.С., Озорнина Н.В., Романова В.А., Болбат С.В. (Чита, Россия)	
Клинические особенности декомпенсации расстройства личности у пациентов психиатрического стационара.....	91
Омарова С.Б., Манатов Р.М. (Дагестан, Россия)	
Терапия и профилактика наркологических расстройств в условиях трансформации структуры наркопотребления (на примере Республики Дагестан).....	92
Писнячевская Т.А. (Чита, Россия)	
Трудности социализации при сохранном интеллекте: клинический случай ребенка синдромом Аспергера.....	93
Письменный А.В. (Чита, Россия)	
Новое в медицинском освидетельствовании на состояние опьянения с 2025 года.....	96
Пляскина Е.В. (Чита, Россия)	
Медико-социальная реабилитация пациентов психиатрического профиля.....	97
Польская Н.А., Якубовская Д.К., Кузнецова-Фетисова А.А. (Москва, Россия)	
Экологическая моментальная оценка в детском психиатрическом стационаре: практические рекомендации по организации исследования.....	98

Прохоров А.С., Голыгина С.Е., Сахаров А.В. (Чита, Москва, Россия) Провоспалительные хемокины при первом эпизоде шизофрении: прогностическое значение и ответ на терапию.....	100
Рыжих Л.А. (Чита, Россия) Реабилитационное направление в работе психиатрического дневного стационара № 2 как звено формирования качественной ремиссии.....	101
Свилина Е.А. (Чита, Россия) Эффективность психотерапии в сочетании с фармакотерапией и физиотерапией в лечении нарколологических пациентов.....	103
Ступина О.П., Бунина М.В., Бондаренко А.В. Архипова Т.В. (Чита, Россия) Анализ работы отделения амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы ГБУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского» по Забайкальскому краю за 2023-2024-2025 годы.....	105
Ступина О.П., Честикова З.И. (Чита, Россия) Показатели психического здоровья населения Забайкальского края.....	106
Тимкина О.А., Голыгина С.Е., Мурзина И.А., Дымчикова А.А., Метелева Е.С. (Чита, Москва, Россия) Некоторые аспекты никотиновой зависимости у студенческой молодёжи.....	110
Тимкина О.А., Исакова А.М., Снигуряк Т.В., Рыжих Л.А, Киселёва Т.У., Безбородова А.А., Шестакова Н.В., Неделько П.Е, Силищева Е.Д. (Чита, Россия) Особенности клинической структуры психических нарушений у студентов.....	111
Тудупова Т.Ц. (Улан-Удэ, Россия) К вопросу о подготовке клинических психологов.....	112
Хавыло А.В. (Калуга, Россия) Цифровая саморегуляция как мишень клинико-психологической работы со студентами.....	113
Чугунова О.М., Андреева А.П. (Чебоксары, Россия) Методы релаксации и аутогенной тренировки в психологической коррекции личности пациентов, зависимых от психоактивных веществ.....	116
Шаповалова М.В., Пушкарева Т.В., Лопатина Д.В., Епифанцева И.С. (Чита, Россия) Мониторинг суицидального поведения населения в Забайкальском крае.....	117
Ширяева Н.А. (Чита, Россия) Организация психосоциальной реабилитации в ГБУЗ «ККПБ им. В. Х. Кандинского».....	118
Шишмарева Е.Е. (Чита, Россия) Организация психиатрической помощи пациентам с туберкулёзом в Забайкальском крае.....	119
Штань М.С. (Чита, Россия) Дифференциальная диагностика когнитивных нарушений на приеме у врача-психиатра.....	120
Юсупова З.Ш., Расулова Х.А. (Ташкент, Узбекистан) Перспективы и ограничения интеграции эндемичной флоры Узбекистана в систему психиатрической помощи: вопросы комплексной терапии и профилактики.....	121
Юсупова З.Ш., Рогов А.В. (Ташкент, Узбекистан) Специфика формирования ведущих синдромокомплексов у пациентов с депрессией после перенесенной инфекции COVID-19.....	122

АРТ-ТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С АТИПИЧНЫМ АУТИЗМОМ

Абдукодирова А.М., Бабарахимова С.Б.

Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Атипичный аутизм характеризуется нарушениями коммуникации, поведения и эмоциональной сферы. Однако его проявления часто имеют вариативный характер, что затрудняет подбор эффективных реабилитационных методов. В связи с этим актуальным является поиск подходов, способствующих развитию эмоционального контакта и социальной адаптации. Арт-терапия рассматривается как перспективное направление, позволяющее детям выражать внутренние переживания через творчество и снижать психоэмоциональное напряжение.

Цель исследования. Оценить эффективность арт-терапии как метода реабилитации детей с атипичным аутизмом и определить её влияние на эмоциональное состояние, коммуникативные способности и уровень социальной адаптации.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе реабилитационного центра с участием детей 6–10 лет с диагнозом атипичный аутизм. Использовались методы педагогического наблюдения, беседы с родителями, анализ поведения в групповой и индивидуальной работе, а также элементы психолого-педагогической диагностики. Арт-терапевтическая программа включала рисование, лепку, коллажирование, работу с цветом, аппликации и музыкально-изобразительные упражнения. Занятия проводились 2 раза в неделю на протяжении 2 месяцев. Оценка эффективности осуществлялась по изменениям уровня тревожности, способности к контакту, проявлению инициативы, снижению стереотипий и улучшению эмоциональной выразительности.

Результаты. В ходе исследования выявлено, что применение арт-терапии оказывает положительное воздействие на эмоциональное состояние и поведенческие особенности детей с атипичным аутизмом. Уже на ранних этапах занятий отмечалось снижение сопротивления к взаимодействию и повышение интереса к совместной деятельности. Дети начинали активнее включаться в задания, проявляли инициативу, чаще демонстрировали зрительный контакт и спокойнее реагировали на присутствие специалиста. Наиболее заметная динамика наблюдалась в эмоциональной сфере. У детей уменьшилась тревожность, снизилось количество эпизодов раздражительности и импульсивных реакций. Творческая деятельность предоставляла возможность выражения эмоций в невербальной форме, что особенно важно при трудностях речевого развития. Использование свободного рисования и цветотерапевтических элементов помогало ребёнку передавать настроение и внутренние переживания без необходимости словесного описания. Занятия лепкой и работа с различными материалами способствовали развитию сенсорной интеграции и мелкой моторики, что благоприятно отражалось на поведении. У детей уменьшались проявления стереотипных действий, повышалась концентрация внимания и способность удерживать интерес к заданию. Групповые элементы занятий стимулировали развитие навыков сотрудничества и формирование коммуникативных проявлений через жесты, мимику и простые речевые реакции. Также было установлено, что арт-терапия способствует улучшению социальной адаптации. Дети проявляли больше интереса к окружающим, чаще обращались к взрослым за поддержкой и демонстрировали желание показать результат своей работы. Родители отмечали улучшение поведения в домашних условиях: дети становились спокойнее, легче переносили смену обстановки, снижалась частота эмоциональных срывов. Полученные результаты подтверждают, что арт-терапия является эффективным компонентом комплексной реабилитации детей с атипичным аутизмом, поскольку сочетает эмоционально-коррекционное и социально-развивающее воздействие, повышая качество взаимодействия ребёнка с окружающей средой.

Выводы. Арт-терапия является результативным методом реабилитации детей с атипичным аутизмом. Она способствует снижению тревожности, развитию эмоциональной выразительности и формированию коммуникативных навыков. Включение арт-терапии в комплексную программу коррекционной работы повышает уровень социальной адаптации и улучшает поведенческие реакции детей.

КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ АУТОАГРЕССИИ У ПОДРОСТКОВ: ДАННЫЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Аксенова Е. В., Сахаров А. В., Селезнев М. С., Назаренко В. В.

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

*Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского,
Москва, Россия*

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Проблема суицидального и самоповреждающего поведения в подростковом возрасте остается одной из наиболее значимых в современной психиатрии и системе общественного здравоохранения. Аутоагрессивные действия у подростков формируются под влиянием комплекса взаимосвязанных факторов, включая эмоциональную нестабильность, особенности личностного развития, семейное неблагополучие, дефицит поддерживающих отношений и воздействие острых психосоциальных стрессоров. В связи с этим изучение клинико-социальных характеристик подростков с аутоагрессивным поведением имеет важное значение для раннего выявления групп риска, разработки профилактических программ и повышения эффективности психиатрической помощи.

Цель исследования: изучить клинико-социальные особенности подростков с суицидальным и несуйцидальным самоповреждающим поведением на основании данных психиатрического стационара Забайкальского края.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 375 архивных историй болезни пациентов в возрасте 15–17 лет, проходивших стационарное лечение в 2019–2023 гг. по поводу суицидального поведения и/или несуйцидальных самоповреждений. В ходе исследования оценивались социально-демографические характеристики, особенности семейной ситуации, наследственная отягощенность психическими расстройствами, формы суицидального поведения по классификации А. Г. Амбрумовой, способы реализации суицидальных действий, наличие актуальных стрессовых факторов, состояние алкогольного опьянения, а также структура психических расстройств по МКБ-10. Статистическая обработка данных выполнялась с использованием методов описательной статистики, критерия χ^2 Пирсона и точного критерия Фишера при уровне статистической значимости $p < 0,05$.

Результаты. В исследуемой выборке преобладали девушки – 74,9%. Большинство подростков проживали в городских населенных пунктах (60,3%) и воспитывались в неполных семьях (66,7%). Неблагополучный характер внутрисемейных отношений в виде конфликтности или формальности общения был выявлен в 70,9% случаев. Психопатологическая отягощенность наследственности отмечалась у 44,5% пациентов, что может свидетельствовать о значимой роли биологической предрасположенности в формировании аутоагрессивного поведения.

В клинической структуре суицидального поведения наиболее часто встречались демонстративные формы (45,4%), несколько реже – аффективные (25,3%). Среди способов реализации суицидальных действий наиболее распространенными были самопорезы (43,5%). Суицидальные попытки в подавляющем большинстве случаев совершались в домашних условиях (76,0%), что может указывать на высокую значимость семейной среды как пространства реализации аутоагрессии. У 59,5% подростков суицидальным действиям предшествовал острый стрессовый фактор. Наиболее часто в качестве субъективных причин пациенты указывали межличностные конфликты (24,0%) и депрессивные переживания (17,3%).

Установлена статистически значимая связь между демонстративной формой суицидального поведения и состоянием алкогольного опьянения, что указывает на возможную роль дезинтоксикационных и поведенческих механизмов в снижении контроля над импульсивными действиями. В структуре психических расстройств у обследованных пациентов преобладали смешанные расстройства поведения и эмоций (43,1%), что отражает сочетание эмоциональной нестабильности и поведенческой дезадаптации.

Выводы. Подростки с аутоагрессивным поведением характеризуются выраженным социальным и семейным неблагополучием, высокой частотой конфликтных отношений в семье, а также преобладанием аффективно-поведенческих нарушений. Суицидальные действия чаще носят демонстративный или аффективный характер, совершаются преимущественно в домашних условиях

и нередко связаны с актуальными психосоциальными стрессорами. Полученные данные подтверждают необходимость комплексного междисциплинарного подхода к профилактике подростковой аутоагрессии с учетом семейных, социальных, психологических и клинических факторов риска.

ЗАРУБЕЖНЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОФИЛАКТИКУ НАРКОЗАВИСИМОСТИ ОСУЖДЕННЫХ

Алигаева Н.Н.

Московский государственный психолого-педагогический университет, Москва, Россия

Проблема наркозависимости среди лиц, отбывающих наказание, является одной из наиболее сложных задач, стоящих перед пенитенциарными системами по всему миру. Отсутствие эффективных мер профилактики и реабилитации не только усугубляет страдания самих осужденных, но и создает серьезные риски для общества в целом, способствуя рецидивам и распространению наркотиков.

Осужденные, как правило, представляют собой группу повышенного риска. Многие из них уже имели проблемы с наркотиками до отбытия наказания, а условия тюремной жизни могут усугубить данные проблемы. Стресс, изоляция, отсутствие перспектив, а также доступность наркотиков внутри тюрем создают благодатную почву для развития и поддержания зависимости. Без целенаправленной работы по профилактике и лечению, данные люди, выйдя на свободу, с высокой вероятностью вернуться к употреблению наркотиков, что приведет к новым преступлениям и повторному заключению.

Британское законодательство устанавливает как возможность принудительного лечения для наркозависимых, так и поощрение добровольного обращения за медицинской помощью, которое может служить смягчающим обстоятельством при рассмотрении дел о наркопреступлениях (Tompkins Ch. N. E., 2013; Durjava L., Visick A., Banbury S., 2018). В соответствии с положениями немецкого законодательства, регулирующего оборот наркотических средств, предусмотрена уголовная ответственность за совершение ряда противоправных действий, связанных с наркотиками. Лица, признанные виновными в совершении наркопреступлений, могут быть направлены на принудительное лечение в специализированные учреждения для наркозависимых сроком до двух лет (Boellinger L., 2002; Díaz Br. M. I., 2023). Во Франции людей с зависимостью от наркотиков и алкоголя, которые совершили преступления и представляют опасность для общества, направляют на принудительное лечение и реабилитацию. Вместо тюремного заключения часто применяют другие виды наказаний – штрафы, общественные работы, поручительства, залог, условно-досрочное освобождение и перевод на полусвободный режим (Ганишина И.С., 2015; Chossegros Ph., 2007).

И.С. Нистратова отмечает, что в Нидерландах государство реализует политику, направленную на снижение распространения ВИЧ среди потребителей наркотиков. Данная политика включает в себя предоставление одноразовых шприцев и доступ к медицинским препаратам, содержащим наркотические вещества, что призвано уменьшить риски передачи инфекции. В Дании и Испании уголовное законодательство допускает назначение лечения вместо вынесения уголовного наказания. Для осужденных в Бельгии, Греции, Ирландии, Люксембурге, Португалии, Великобритании и Нидерландах лечение также может стать альтернативой тюремному заключению, при условии условного характера приговора. Важно понимать, что нарушение режима лечения приведет к реальному исполнению назначенного наказания (Нистратова И.С., 2018).

В австрийском законодательстве предусмотрена возможность замены лишения свободы назначением испытательного срока для лиц, страдающих наркотической зависимостью, при условии их добровольного согласия на прохождение курса лечения (Webster R., 2017). Шведская правовая система базируется на абсолютном запрете как употребления, так и распространения наркотических средств. В качестве мер воздействия применяются принудительное тестирование, внесение в реестр потребителей наркотиков, а также наложение штрафов и лишение свободы (Ганишина И.С., 2015).

Как отмечают Е.В. Голдина и Л.Е. Ютяева, Норвегия переосмысливает подход к наказанию за наркопреступления, вводя специальные суды. Вместо обязательного тюремного заключения, лица, совершившие преступления небольшой тяжести, теперь могут сделать выбор: пройти реабилитацию в специализированном центре или отбыть наказание в тюрьме (Голдина Е.В., Ютяева Л.Е., 2016).

Зарубежные системы исполнения наказаний, стремясь к более эффективному решению проблемы, все чаще отказываются от исключительно карательных мер и делают ставку на комплексный подход, основанный на следующих принципах. Важнейшим шагом является своевременное определение осужденных, имеющих или склонных к развитию наркозависимости. Это достигается путем проведения скрининговых опросов, медицинских осмотров и психологических консультаций при поступлении в исправительное учреждение. Программы профилактики и реабилитации стремятся быть адаптированы к индивидуальным потребностям каждого осужденного, учитывая тип употребляемого вещества, степень зависимости, наличие сопутствующих психических расстройств и социальный анамнез. Они включают в себя как медикаментозное лечение (например, заместительная терапия для опиоидной зависимости), так и психотерапевтические методы (когнитивно-поведенческая терапия, мотивационное интервьюирование, групповая терапия), (Tomaz V., Moreira D., Souza Cruz O., 2023).

Работа не заканчивается на лечении. Важно подготовить осужденного к жизни на свободе, научить его справляться с триггерами, развивать навыки преодоления стресса и строить здоровые социальные связи. Это может включать в себя программы по восстановлению навыков трудоустройства, жилищной поддержке и социальной адаптации. Зарубежные программы часто включают в себя работу с семьями осужденных, а также налаживание связей с организациями, оказывающими помощь после освобождения (Galletta E., Fagan T.J., Shapiro D., Walker L.E., 2021; De Marco D., 2024).

Также важно уделять особое внимание обучению. Сотрудники пенитенциарных учреждений должны быть обучены основам наркологии, методам работы с зависимыми людьми и принципам конфиденциальности. Это позволяет создать более доверительную и поддерживающую атмосферу.

Несмотря на положительный зарубежный опыт, внедрение комплексных программ профилактики наркозависимости в местах лишения свободы сталкивается с рядом вызовов. К ним относятся: недостаточное финансирование, нехватка квалифицированного персонала и устаревшая инфраструктура; консервативные взгляды на систему исполнения наказаний, где преобладает карательный подход; осужденные, страдающие от наркозависимости, часто сталкиваются с сильной стигматизацией как внутри тюремной системы, так и в обществе, что затрудняет их реабилитацию и реинтеграцию; измерение долгосрочной эффективности программ реабилитации требует тщательного мониторинга и сбора данных, что не всегда возможно в условиях ограниченных ресурсов.

Тем не менее, перспективы развития в данной области обнадеживают. Все больше стран осознают, что инвестиции в профилактику и реабилитацию наркозависимых осужденных – это не только гуманный, но и экономически выгодный подход. Снижение рецидивов, уменьшение нагрузки на правоохранительную систему и повышение безопасности общества – вот те результаты, которые достигаются благодаря комплексному подходу.

Зарубежный опыт наглядно демонстрирует, что эффективная профилактика наркозависимости среди осужденных возможна только при условии перехода от исключительно карательных мер к комплексной, гуманной и научно обоснованной стратегии. Раннее выявление, индивидуализированные программы лечения и реабилитации, подготовка к освобождению, вовлечение семьи и сообщества, а также постоянное обучение персонала – вот ключевые элементы, которые должны лежать в основе такой стратегии. Адаптация лучших мировых практик, с учетом национальных особенностей, является насущной необходимостью для совершенствования системы исполнения наказаний и решения одной из самых острых социальных проблем современности.

Перспективы дальнейших исследований в данной области должны быть направлены на углубленное изучение эффективности различных моделей вмешательства в различных культурных и правовых контекстах, а также на разработку и валидацию инструментов для более точного прогнозирования риска рецидива и индивидуализации программ. Важно исследовать долгосрочные результаты применения комплексных подходов, включающих как профилактические, так и реабилитационные меры, с акцентом на интеграцию осужденных в общество и предотвращение повторного совершения преступлений. Кроме того, необходимо уделять внимание разработке стратегий для преодоления стигматизации, связанной с наркозависимостью и пребыванием в местах лишения свободы, что является критически важным для успешной реинтеграции и предотвращения рецидивов.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В РАМКАХ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Антонова А.С., Титов Д.С.

Наркологический диспансер, Омск, Россия

Омский государственный медицинский университет, Омск, Россия

Цель исследования – анализ лечебно-реабилитационного процесса для пациентов с алкогольной зависимостью в рамках межведомственного взаимодействия, что позволит в дальнейшем совершенствовать организацию оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» на территории Омской области.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе бюджетного учреждения здравоохранения Омской области (далее БУЗОО) «Наркологический диспансер». Объектом исследования стали пациенты с алкогольной зависимостью. В ходе исследования применялись клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-катамнестический и статистические методы.

Результаты. В 2025 году алкогольные расстройства преобладали в структуре наркологических расстройств. Число зарегистрированных в течение 2025 года лиц с проявлениями злоупотребления алкоголем составило 1,1% (2023 год – 1,15%; 2024 год – 1,14%) населения Омской области (2023 год – 21159 человек; 2024 год – 20665 человек; 2025 год – 20052 человек).

Распространенность алкоголизма, включая алкогольные психозы, составила 920,4 случая на 100 тысяч населения (2023 год – 957,3 случая; 2024 год – 947,4 случая); в городе Омске – 810,9 случаев (2023 год – 808,7 случаев; 2024 год – 817,1 случая); в муниципальных районах области – 1090,0 случаев (2023 – 1186,2 случая; 2024 год – 1144,1 случая).

Среди мужчин показатель распространенности этой патологии составил 1421,7 случаев в расчете на 100 тысяч мужского населения (2023 год – 1515,8 случаев; 2024 год – 1475,7 случаев); среди женщин – 491,9 случаев на 100 тысяч женского населения (2023 год – 479,1 случая; 2024 год – 495,8 случаев). Соотношение мужчин и женщин составило 2,47:1 (2023 год – 2,71:1; 2024 год – 2,54:1).

В 2025 году показатель первичной заболеваемости алкоголизмом с алкогольными психозами в Омской области составил 20,1 случая на 100 тысяч населения (2023 год – 29,6 случаев; 2024 год – 25,5 случаев). Показатель первичной заболеваемости алкогольными психозами составил 4,6 случаев на 100 тысяч населения (2023 год – 5,1 случая; 2024 год – 4,3 случая) (РФ – 9,6; СФО – 11,9).

В структуре впервые выявленных случаев расстройств, связанных с употреблением алкоголя, 2,5% приходилось на больных с I стадией алкогольной зависимости (2023 год – 1,7%; 2024 год – 3,2%); 44,1% составляли больные алкоголизмом II и III стадии (2023 год – 48,2%; 2024 год – 48,6%); 13,9% больные с алкогольными психозами (2023 год – 10,3%; 2024 год – 10,6%); 39,5% злоупотребляющие алкоголем с вредными последствиями (2023 год – 39,8%; 2024 год – 37,6%).

Распространение злоупотребления алкоголем в округах города Омска и в муниципальных районах области (32 района) зависит от многих факторов. Имеет значение географическое положение района, уровень межведомственного взаимодействия при выявлении всех категорий наркологических больных и другое.

Под руководством Министерства здравоохранения Омской области наркологическая служба региона оказывает медицинскую помощь по профилю «психиатрия-наркология», а также проводит работу по профилактике и раннему выявлению наркологических расстройств в рамках межведомственного взаимодействия (с УМВД, УФСИН, Министерством образования, Министерством труда и социального развития, Министерством по делам молодежи, физической культуре и спорта, Министерством культуры по Омской области, общественными организациями и другими).

Основные принципы оказания наркологической помощи, включая межведомственное сотрудничество: доступность и качество медицинской помощи, добровольность, индивидуальный подход, преемственность между этапами терапии, непрерывность лечебно-реабилитационного процесса, комплексность, мотивация и поддержка при соблюдении правил здорового образа жизни.

Лечебно-реабилитационный процесс для пациентов с алкогольной зависимостью на территории

Омской области включает три этапа: амбулаторный, стационарный и реабилитационный.

Наркологическая служба Омской области представляет собой разветвленную структуру, позволяющую максимально приблизить специализированную помощь взрослому и детскому населению. На территории муниципальных районов Омской области функционируют наркологические кабинеты в структуре многопрофильных районных больниц (32 наркологических кабинета). На территории города Омска ведущим учреждением, оказывающим специализированную наркологическую помощь, является БУЗОО «Наркологический диспансер», в состав которого входят наркологические кабинеты для обслуживания взрослого и детского населения в каждом административном округе (12 кабинетов), дневной стационар (20 койко-мест), стационарные отделения с круглосуточным пребыванием больных (185 коек), включая женское отделение (30 коек), детское отделение (30 коек) и отделение медицинской реабилитации (25 коек).

С целью повышения эффективности терапии в реализации лечебно-реабилитационного процесса используется полипрофессиональный подход. Во всех подразделениях наркологической службы работают врачи-психиатры-наркологи, психотерапевты, медицинские психологи и специалисты по социальной работе, обеспечивающие мероприятия по лечению, реабилитации, психодиагностике, психологической поддержке пациентов с наркологическими проблемами и их близких, социальной помощи больным.

Ежегодно в стационарных условиях проходят лечение всего около 1,1 тысяч больных с алкогольной зависимостью. Имеющейся коечный фонд полностью покрывает потребности больных с наркологическими расстройствами в стационарной помощи.

Система медицинской реабилитации организована на основе принципов доступности для населения, преемственности между стационарными и амбулаторными подразделениями наркологической службы, межведомственного взаимодействия на всех этапах реабилитационного процесса, ориентирована на достижение стойкой ремиссии наркологического заболевания и адаптации пациента в социуме. С целью повышения эффективности лечения разработаны схемы ведения наркологических больных, обеспечивающие комплексное медикаментозное, психотерапевтическое, психологическое и социотерапевтическое воздействие. В постоянном режиме осуществляется контроль реализации лечебно-реабилитационных программ, качества и эффективности работы по мотивации пациента ведения здорового образа жизни.

Проводится консультирование созависимых, детей «группы риска» в комиссиях по делам несовершеннолетних и защите их прав, взрослого и детского населения на опорных пунктах полиции.

В 2025 году доля лиц, включенных в амбулаторные реабилитационные программы, составила 9,7% от общего числа состоящих под диспансерным наблюдением больных или 2562 человека (2023 год – 8,8% или 2450 человек; 2024 год – 8,6% или 2534 человека). Успешно завершили программы медицинской реабилитации 69,3% от числа включенных или 1775 человек (2023 год – 53,8% или 1298 человек; 2024 год – 53,6% или 1359 человек). Доля лиц, включенных в программы стационарной медицинской реабилитации, составила 21,4% от общего числа пролеченных в стационарных условиях или 708 человек (2023 год – 19,% или 740 человек; 2024 год – 21,2% или 736 человек). Успешно завершили реабилитацию 548 человек или 77,4% от числа включенных (2023 год – 85,3% или 631 человек; 2024 год – 86,3% или 635 человек).

Внедрение реабилитационных программ способствовало повышению показателя выхода в ремиссию среди больных с алкогольной зависимостью. Доля больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии от 1 до 2 лет, от среднегодового контингента в 2025 году составила 12,9% или 2014 человек (2023 год – 12,9% или 2147 человек; 2024 год – 12,8% или 2095 человек). Доля больных алкоголизмом в ремиссии более 2 лет составила 10,8% или 1686 человек (2023 год – 10,6% или 1767 человек; 2024 год – 10,6% или 1735 человек).

Выводы. Созданная в Омской области система межведомственного взаимодействия при организации лечебно-реабилитационного процесса для пациентов с алкогольной зависимостью позволяет реализовать противодействие спросу на алкоголь и другие психоактивные вещества, что способствует снижению заболеваемости и распространенности наркологических расстройств, снижению численности «групп риска» и тяжести медико-социальных последствий. Дальнейшее совершенствование системы оказания наркологической помощи может быть направлено на

расширение охвата пациентов с алкогольной зависимостью реабилитационными программами и усиление профилактической работы с населением.

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ В НАРКОЛОГИИ: НОРМАТИВНО ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ И КЛИНИКО СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

Барышева О.В.

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

В общественном сознании сохраняется устойчивый стереотип об «учёте» у врача психиатра-нарколога как о карательной мере, сопряжённой с серьёзными социальными ограничениями. Между тем современная наркологическая практика оперирует термином «диспансерное наблюдение».

Диспансерное наблюдение – это форма динамического медицинского сопровождения лиц с диагностированными наркологическими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ: алкоголя, наркотиков и иных опасных веществ.

Цель диспансерного наблюдения - это в первую очередь формирование у пациента мотивации на отказ от употребления тех или иных видов психоактивных веществ: алкоголя, наркотиков или других опасных психоактивных веществ. Так же во время диспансерного наблюдения врач психиатр-нарколог должен проводить лечение осложнений, связанных с их употреблением. И одним из обязательных условий является направление на медицинскую (стационарную или амбулаторную) и социальную реабилитацию, цель которой является достижение стойкой ремиссии заболевания и ресоциализация пациента в жизни.

Диспансерному наблюдению подлежит любой гражданин Российской Федерации с расстройством, связанным с употреблением психоактивных веществ, диагностированным врачом-психиатром-наркологом. Иные медицинские специалисты не уполномочены осуществлять диспансерное наблюдение за наркологическими больными.

В настоящее время наркологическому расстройству уделяется особое место. Ведь люди, страдающие наркологическими расстройствами, не сразу попадают в поле зрения врачей психиатров-наркологов. Большую часть первоначально такими пациентами занимаются врачи соматических стационаров. Врач стационара, в поле зрения которого попадает пациент с соматической или хирургической патологией, в настоящее время обязан выяснить причину заболевания, при необходимости назначить консультацию врача психиатра-нарколога, и если имеет место быть наркологическая патология или алкоголь-ассоциированное заболевание, передать данную информацию в наркологический диспансер. В дальнейшем врач психиатр-нарколог должен провести обследование, диагностику и назначить диспансерное наблюдение такому пациенту

В диспансерное наблюдение входит соблюдение режима посещения пациентами специалистов и прохождения обследований. Режим устанавливается лечащим врачом психиатром-наркологом, который на протяжении всего периода наблюдения работает с пациентом. Также на разных этапах подключаются еще медицинский психолог, врач психотерапевт и специалист по социальной работе. Неотъемлемой частью является своевременное прохождение обследований, в которые входят химико-токсикологические исследования биологических жидкостей, патопсихологическое обследование, а также противорецидивная терапия и терапия, направленная на психокоррекцию.

Что касается продолжительности диспансерного наблюдения, она варьируется от одного года до трех лет в зависимости от заболевания и степени формирования у пациента стойкой ремиссии и групп наблюдения.

Диспансерное наблюдение осуществляется исключительно на основе информированного добровольного согласия пациента или его законного представителя (ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). Письменный отказ пациента от наблюдения прекращает медицинское динамическое сопровождение.

Отказ от диспансерного наблюдения может повлечь за собой ряд социальных ограничений, связанных с наличием наркологического расстройства:

- запрет на управление транспортными средствами;
- невозможность получения разрешения на владение оружием;

- ограничения при трудоустройстве в отдельных сферах деятельности (например, на опасных производствах, в силовых структурах и т.д.).

Эффективность диспансерного наблюдения напрямую зависит от вовлечённости пациента. Ключевыми факторами успеха являются:

- готовность пациента отказаться от употребления психоактивных веществ;
- стремление достичь стойкой ремиссии;
- желание восстановить социальные права и роли.

Задача врача-психиатра-нарколога - разъяснить пациенту цели и преимущества диспансерного наблюдения, сформировать и поддержать мотивацию к выздоровлению.

С 1 сентября 2026 года вступает в силу приказ Минздрава РФ № 10н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и расстройствами поведения». Согласно новому порядку, врач-психиатр-нарколог получит право прекращать диспансерное наблюдение в отношении пациентов с наркологическими расстройствами. Важно отметить, что прекращение наблюдения не будет являться подтверждением ремиссии заболевания.

Таким образом, диспансерное наблюдение представляет собой комплексную систему медицинского и социального сопровождения пациентов с наркологическими расстройствами. Его эффективность определяется:

- чёткой нормативно-правовой базой;
- междисциплинарным подходом;
- добровольным согласием и вовлечённостью пациента;
- преемственностью между различными звеньями медицинской помощи.

Дальнейшее совершенствование системы диспансерного наблюдения должно быть направлено на повышение доступности и качества наркологической помощи, а также на минимизацию стигматизации пациентов.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ВЫРАЖЕННОСТЬ ТРЕВОЖНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Белокриницкая Т.Е., Озорнин А.С., Озорнина Н.В., Власова И.Д., Арефьева Д.Н., Сигаева А.А.
Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

К настоящему времени многочисленные исследования свидетельствуют о том, что антенатальная депрессия и тревожные расстройства оказывают негативное влияние на беременную женщину, протекание беременности и родов, здоровье будущего ребенка (Hamel C. et al., 2019; Ngene N.C., 2019). Более того депрессия нередко сопровождается суицидальными мыслями и суицидальным поведением, которые за последние годы стали чаще регистрироваться у беременных женщин (Tabb K.M. et al., 2023).

Цель: Изучение распространённости и выраженности тревожных и депрессивных расстройств у беременных женщин, госпитализированных в акушерские отделения.

Материалы и методы: Проведение исследования было одобрено Локальным этическим комитетом ЧГМА (протокол № 133 от 2016 года). Сплошным методом было обследовано 98 беременных женщин, находящихся на лечении в ГБУЗ «Забайкальский краевой перинатальный центр». Средний возраст обследованных составил 29,4±6,6 лет. Среди обследованных преобладали женщины, находившиеся в III триместре беременности (93,9%). Первая беременность наблюдалась в 27,9% случаев, повторная – в 72,1%. Выкидыши во время предыдущих беременностей были у 17 женщин (17,3%), внематочные беременности – у 2 пациенток (2,1%). Роды в анамнезе были зарегистрированы у 60 женщин (61,2%). При этом об осложнениях во время родов (разрыв промежности) сообщили 17 пациенток (17,3%). Текущая беременность являлась спонтанной у 77 (78,5%) женщин, запланированная – у 14 (14,3%), после лечения бесплодия – у 7 (7,2%). Исследование тревожных и депрессивных расстройств проводилось путём сбора анамнестических сведений при беседе с пациентками, а также при помощи валидизированных психометрических шкал – Шкалы оценки тревоги Гамильтона (HAM-A) и Шкалы депрессии Гамильтона (HDRS). Обработка данных выполнялась методами математической статистики. Поскольку не все изучаемые показатели были

подчинены нормальному закону распределения, использовались непараметрические методы статистической обработки данных. Сравнение независимых выборок производилось при помощи U-критерия Манна-Уитни, а при сопоставлении данных 3-х независимых выборок применялся критерий Краскела-Уоллиса. Статистически значимыми различия считались при $p < 0,05$.

Результаты: Выявлено, что 22 женщины (22,4%) во время беременности испытывали тревогу или сниженное настроение. Чаще всего психопатологические расстройства появлялись во время I триместра беременности. При психометрической оценке установлено, что легкая тревога присутствовала у 20 пациенток (20,4%), а умеренная – у 9 (9,2%). Депрессивная симптоматика была обнаружена у 26 (26,5%) женщин с преобладанием депрессии легкой степени выраженности (21,4%). Выявлено, что тревожные и депрессивные расстройства у женщин с повторной беременностью были более тяжелыми по сравнению с пациентками, которые наблюдались с первой беременностью ($p=0,012$ и $p=0,004$ соответственно). Кроме того, выраженность тревоги зависела от наличия в анамнезе патологии протекания предыдущих беременностей ($p=0,019$). Также было установлено, что более тяжелые тревожные расстройства выявлялись у женщин, которым после предыдущих родов проводили выскабливание слизистой оболочки матки ($p=0,017$).

Выводы: Установлено, что более 20% женщин во время беременности испытывают тревожные и депрессивные расстройств. При этом преобладают психопатологические нарушения легкой степени. Более выраженные тревожные и депрессивные расстройства выявляются у женщин с патологией протекания предыдущих беременностей и родов.

ТИПОЛОГИЯ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Бердахова А.А., Рогов А.В.

Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Гиперкинетические расстройства (F90) представляют собой одну из наиболее распространённых форм психических нарушений детского и подросткового возраста, характеризующихся дефицитом внимания, моторной гиперактивностью, импульсивностью и нарушениями исполнительных функций. Несмотря на значительное количество исследований, остаются дискуссионными вопросы возрастной динамики клинической картины и сохранения гиперкинетических симптомов во взрослом возрасте. В современной литературе существует тенденция расширения диагноза на взрослую популяцию, однако клинические наблюдения указывают на выраженную трансформацию симптоматики с возрастом и возможное исчезновение классической гиперкинетической структуры. В связи с этим особую актуальность приобретает разработка возрастной типологии гиперкинетических расстройств и анализ изменения симптомокомплекса по мере взросления пациента.

Цель исследования. Разработать возрастную типологию гиперкинетических расстройств и изучить возрастную трансформацию их клинической картины.

Материалы и методы. В исследование включено 63 пациента с установленным диагнозом гиперкинетического расстройства (F90): 34 ребенка в возрасте от 4 до 11 лет, 29 подростка в возрасте от 12 до 18 лет. Использовались клиничко-психопатологический метод с оценкой внимания, моторной активности, импульсивности, эмоциональной регуляции и исполнительных функций, а также психометрические шкалы Conners4 (2020), Vanderbilt (2003), Barkley (2011) и размерный анализ симптомов. Катамнестическое наблюдение в динамике продолжалось 3–6 месяцев.

Результаты. Результаты показали выраженную возрастную трансформацию клинической структуры гиперкинетических расстройств. У детей младшего возраста преобладала моторная гиперактивность (76,5%) и импульсивность (61,8%), тогда как у подростков отмечалось значительное снижение двигательной гиперактивности (до 37,9%) при одновременном росте дефицита внимания (72,4%), нарушений исполнительных функций (69,0%) и эмоциональной дисрегуляции (58,6%). Размерный анализ позволил выделить четыре клинических типа: моторно-гиперактивный (28,6%), импульсивно-поведенческий (23,8%), когнитивно-дезорганизационный (31,7%) и эмоционально-дисрегуляторный (15,9%). Катамнестическое наблюдение выявило снижение выраженности моторных проявлений у 46% пациентов и переход части подростков (22,2%) от

гиперактивного к когнитивно-дезорганизационному профилю. В 17,5% случаев обнаружено расхождение между данными психометрических шкал и клинической оценкой, преимущественно в сфере эмоциональной регуляции.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что с возрастом происходит существенное изменение клинической структуры гиперкинетических расстройств, сопровождающееся уменьшением классических проявлений гиперактивности и импульсивности и усилением когнитивных и эмоциональных нарушений. Это подтверждает гипотезу о том, что типичная клиническая картина гиперкинетического расстройства характерна преимущественно для детского и подросткового возраста, а во взрослом периоде трансформируется в иные психопатологические формы, не соответствующие классическому гиперкинетическому синдрому. Интеграция клинических, психометрических и дименсиональных методов повышает точность типологической диагностики и позволяет более точно оценивать возрастную динамику симптомов. Таким образом, гиперкинетические расстройства демонстрируют выраженную возрастную эволюцию клинической картины, что требует возрастн-ориентированного подхода к диагностике и пересмотра представлений о сохранении классического гиперкинетического синдрома за пределами детского и подросткового периода. Разработанная типологическая модель позволяет более точно описывать клинические профили пациентов и может быть использована для оптимизации диагностики и лечебно-коррекционных стратегий.

РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ В ФОРМИРОВАНИИ АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ: СОВРЕМЕННЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ

Бибилова З.Л., Казиева А.Т.

Северо-Осетинский государственный университет им. К.Л. Хетагурова, Владикавказ, Россия

Психологическая травма представляет собой фундаментальный фактор риска в этиологии аддиктивных расстройств, охватывая как зависимости от веществ (алкоголь, опиоиды, каннабиноиды), так и поведенческие аддикции (игровая, пищевая). Современные эпидемиологические данные свидетельствуют о выраженной коморбидности посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и зависимостей: мета-анализы показывают их совокупную распространенность на уровне 46–60% среди пациентов с зависимостью от веществ (Nature Neuropsychopharmacology, 2024). В Российской Федерации динамика этой коморбидности носит тревожный характер, особенно в регионах с высокой нагрузкой постконфликтных и социально-экономических стрессоров – Северный Кавказ, Забайкальский край, Дальний Восток (Маврех М.Д., 2024; Кадыров и др., 2016).

Нейробиологические механизмы связи травмы и аддикции включают гиперактивацию миндалины при дисфункции префронтальной коры, что приводит к дефициту сверху-вниз регуляции эмоций. Травматические переживания провоцируют нейропластические изменения в дофаминергической системе вознаграждения, усиливая тягу к веществам как саморегуляторную стратегию. Хронический стресс нарушает функцию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, что объясняет высокий риск рецидивов. В российских условиях эти механизмы усугубляются депривацией доступа к ранней психологической помощи.

В амбулаторной практике клинического психолога эти закономерности иллюстрирует следующий анонимизированный клинический случай. Пациент-мужчина 38 лет обратился с опийной зависимостью (стадия ремиссии 3 месяца по критериям DSM-5) и ПТСР, возникшим вследствие военной травмы (свидетель гибели боевого товарища в 2014 г.). Клиническая картина характеризовалась интенсивными ночными флэшбэками (оценка 7/10 по шкале PCL-5 – «Шкала посттравматического стрессового расстройства»), гиперактивностью (раздражительность, бессонница), избеганием триггеров (отказ от общения с сослуживцами) и самолечением опиоидами для купирования дисфорического аффекта.

Проведено 10 сессий модифицированной терапии длительного воздействия (mPE – modified Prolonged Exposure). Терапия включала психообразование, релаксацию, воображаемую экспозицию

флэшбэкам, реальную экспозицию триггерам. Динамика: интенсивность флэшбэков снизилась до 1/10 по PCL-5 (разница 6 баллов), тяга к веществам уменьшилась на 75% (визуально-аналоговая шкала, 0–100 мм), устойчивая ремиссия подтверждена на 8 месяцев наблюдения.

Диагностический алгоритм предполагает полимодальную оценку: PCL-5 для ПТСР, AUDIT/DAST-10 для аддикций, MMPI-2 для дифференциальной диагностики, тест Струпа для оценки высших психических функций. Терапевтический арсенал доказанно эффективных методов включает десенсибилизацию и переработку движением глаз (EMDR): значительно снижает симптомы ПТСР и тягу к веществам (данные мета-анализа 29 рандомизированных исследований, *Frontiers in Psychiatry*, 2025); когнитивно-поведенческую терапию и модифицированную терапию длительного воздействия (mPE): обеспечивают стойкую ремиссию в 70–80% случаев коморбидности ПТСР и зависимостей.

Перспективно внедрение групповых форматов терапии и телемедицины для обеспечения доступности помощи в отдаленных регионах. Программы типа «13-й шаг» (Маврех М.Д., 2024) эффективно корректируют аддиктивные паттерны на уровне травматической первопричины, интегрируя техники осознанности и телесно-ориентированный подход.

Ключевым фактором успеха остается междисциплинарное взаимодействие клинических психологов, психиатров, наркологов и социальных работников. Интеграция протоколов в систему непрерывного медицинского образования позволит стандартизировать помощь и снизить нагрузку на здравоохранение от коморбидных расстройств.

ОТ РЕГЛАМЕНТА К РЕЗУЛЬТАТУ: МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ МВД И ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ

Болдовская А.В.

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

В современных условиях возрастает значение межведомственного взаимодействия при оказании психиатрической помощи пациентам с высоким риском социально дезадаптивного и противоправного поведения. В структуре психиатрической службы особую роль приобретает организация активного диспансерного наблюдения, направленного не только на стабилизацию психического состояния, но и на профилактику правонарушений.

Правовые основы оказания психиатрической помощи определяются Законом Российской Федерации № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» и Федеральным законом № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Организация диспансерного наблюдения регламентируется приказом Минздрава России от 30.06.2022 № 453н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и расстройствами поведения». Указанный приказ определяет критерии установления диспансерного наблюдения, его формы, периодичность осмотров и категории пациентов, требующих усиленного контроля.

Межведомственное взаимодействие медицинских организаций с органами внутренних дел осуществляется в соответствии с действующими регламентами, включая актуализированные в 2025 году совместные нормативные документы, направленные на совершенствование обмена информацией и координацию действий в отношении лиц группы риска – приказ Минздрава России и МВД России №56н/39 от 6 февраля 2025г.

Таким образом, нормативная база формирует правовые механизмы интеграции медицинских и правоохранительных подходов в системе профилактики правонарушений.

Активное диспансерное наблюдение (АДН) представляет собой организационную форму ведения пациентов с хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, сопровождающимися фактами совершения общественно-опасных действий или риском их совершения в состоянии декомпенсации и нарушений поведения.

В рамках приказа № 453н АДН предусматривает индивидуализацию частоты наблюдения, оценку динамики психического состояния, контроль приверженности лечению и выделение групп повышенного риска.

Практическая реализация АДН выходит за пределы клинического наблюдения и включает элементы социального и межведомственного сопровождения пациента, что позволяет рассматривать его как ключевой инструмент профилактической работы.

В реальной практике включение лиц в группу Д-5 и дальнейшее взаимодействие с органами внутренних дел с целью их ведения, осуществляется в отношении пациентов, характеризующихся снижением критики к своему состоянию, нарушением режима наблюдения, наличием в анамнезе противоправных действий и выраженной социальной дезадаптацией.

Ключевыми механизмами взаимодействия являются регламентированный двусторонний обмен информацией, согласование тактики ведения пациентов группы риска, участие в профилактических мероприятиях и контроль за соблюдением медицинских рекомендаций.

Особое значение имеет не только соблюдение нормативных требований, но и формирование устойчивых профессиональных коммуникаций между специалистами различных ведомств.

Анализ работы кабинета активного диспансерного наблюдения показывает, что под наблюдением на конец 2025г. в группе Д-5 находится 925 пациентов, что составляет 11,89 % от общего числа лиц, состоящих на диспансерном наблюдении (7778 пациентов). В структуре преобладают пациенты группы вторичной профилактики — 74,5% (доля первичной профилактики соответственно составляет 25,5%). Этот же показатель в 2024г. составил 25,6%. Таким образом, стабильная доля пациентов группы первичной профилактики в 2024г. и 2025г. свидетельствует об эффективности раннего выявления и упреждающего сопровождения лиц общественно-опасной направленности. Служба АДН функционирует не только как посткриминальный контур, но и как активный профилактический механизм, позволяющий предотвращать переход склонности в реализованные ООД, причем система выявления и сопровождения вышла на плановый режим работы, а не действует эпизодически.

Проводится системная работа с лицами, уклоняющимися от наблюдения, с последующим восстановлением диспансерного контроля. В 2025г. на основании приказа Минздрава России и МВД России №56н/39 от 6 февраля 2025г. внедрена схема и проводится передача сведений в органы МВД о взятии/снятии в/из группы АДН, АПНЛ, перемене места жительства, о содействии в госпитализации в случае необходимости на принудительное лечение или лечение на общих основаниях, ведется журнал о передаче сведений в котором на 31.12.2025г. зарегистрировано 211 случаев информирования. Согласно ч.2 п.7 ст.14 ФЗ «О полиции» совместно с сотрудниками полиции осуществляется исполнение назначенных судом принудительных мер медицинского характера (ПММХ) или меры воспитательного воздействия в отношении лиц, склонных к совершению общественно-опасных действий. Совместно с участковыми сотрудниками полиции г. Читы в 2025г. проведено 30 рейдов к пациентам, находящимся в группе АДН и 6 госпитализаций с оказанием помощи сотрудниками полиции.

В ходе наблюдения отмечается повышение приверженности лечению, а также тенденция к снижению числа повторных правонарушений среди данной категории пациентов. В течение 2025г. повторное ООД совершили 7 человек или 0,76 % от общей численности пациентов подлежащих АДН, в сравнении с 2024г. эта цифра потерпела значительную динамику в позитивную сторону (23 человека и 2,5%). Догодичная повторность совершения правонарушений в 2025г. составила: 4 пациента из 38 (10,5%), ранее находившихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре, в 2024г. - 6 человек из 41 (14,6%). Совершению повторных ООД в большинстве случаев способствовали: тяжесть психического расстройства, массивная алкоголизация, неблагополучное социальное окружение, а также отсутствие критики и резистентность к проводимой терапии, только двое пациентов из этого числа уклонялись от наблюдения и лечения и неоднократно подавались в розыск, остальные совершали повторные ООД спонтанно, находясь под постоянным наблюдением и лечением. Полученные данные свидетельствуют о практической эффективности межведомственного взаимодействия в рамках АДН.

Несмотря на наличие нормативной базы, сохраняются следующие проблемы: формализация межведомственного взаимодействия, недостаточная оперативность обмена информацией, различия в оценке рисков специалистами различных ведомств, а также кадровый дефицит.

Перспективными направлениями являются разработка унифицированных алгоритмов взаимодействия, цифровизация межведомственного обмена данными, развитие системного

профессионального взаимодействия специалистов и внедрение риск-ориентированных подходов при ведении пациентов.

Под риск-ориентированным подходом понимается дифференциация пациентов в зависимости от вероятности социально опасного поведения с последующей адаптацией частоты наблюдения, объёма медицинского вмешательства и уровня межведомственного взаимодействия. Это позволяет более рационально распределять ресурсы психиатрической службы и повышать эффективность профилактических мероприятий, особенно в отношении пациентов, находящихся под активным диспансерным наблюдением.

Межведомственное взаимодействие органов внутренних дел и психиатрической службы является ключевым элементом системы профилактики правонарушений среди лиц с психическими расстройствами.

Переход от формального исполнения нормативных требований к их содержательной реализации в рамках активного диспансерного наблюдения позволяет повысить эффективность как медицинской, так и социальной помощи данной категории пациентов.

ООД СОВЕРШЕННОЕ В СОСТОЯНИИ ВРЕМЕННОГО ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

Бондаренко А.В. Архипова Т.В.

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

Острый алкогольный психоз в виде алкогольного делирия развивается при синдроме зависимости от алкоголя 2-3 стадии и характеризуется помрачённым сознанием с преобладанием истинных зрительных галлюцинаций, иллюзий, образного бреда при сохранности самосознания. Во время алкогольного делирия возможно совершение общественно опасных действий, о чем свидетельствует данное описание.

Подэкспертный С., 35 лет подозреваемый по ст. 166 УК РФ, неправомерное, без цели хищения, завладение автомобилем. Из анамнеза: единственный ребёнок в семье. Наследственность отягощена – мать покончила жизнь самоубийством. Сведений о раннем развитии нет. Знает только, что мать во время беременности на большом сроке «падала на живот», родился весом 3700 гр. В раннем психофизическом развитии от сверстников не отставал. С детства периодически отмечаются эпизоды сногворения. Был организован с детского сада, где особенностями поведения среди сверстников не выделялся. В школу пошёл вовремя. Учился неровно, в зависимости от желания, хотя особых трудностей в усвоении учебного материала не испытывал, классы не дублировал. В школе вёл себя беспокойно, часто дрался. После конфликтов с родителями уходил из дома. С 15 лет начал курить и употреблять спиртное. В подростковом возрасте «за компанию» несколько раз употреблял препараты конопли. С 8 кл. интерес к учёбе окончательно пропал, стал пропускать занятия, предпочитая праздное время препровождение на улице в компании сверстников. Формально окончил 11 кл. Затем поступил в медицинский колледж, через 1,5 г. учёбу бросил. Вернулся на прежнее место жительства, ничем не занимался, «болтался по деревне». Стал проживать у дяди. Познакомился с женщиной, старше на 5 лет, начал с ней сожительствовать. Не работал, находился у неё на иждивении. Периодически алкоголизировался, на этой почве через 3 г. отношения распались. Вернулся домой, Практически сразу снова начал сожительствовать, через месяц оформили отношения официально, в 2010 г. родилась дочь. Работал на временных работах, алкоголизировался, поэтому через 5 лет брак распался. С дочерью отношения не поддерживал, материально бывшей супруге не помогал. Последние лет 7 проживал в другом селе, сожительствовал с женщиной, злоупотребляющей алкоголем. Постоянного места работы не имел, жил случайными заработками. По месту жительства характеризуется отрицательно: официально не работает, злоупотребляет спиртными напитками (из характеристики). В 2003 г. привлекался к уголовной ответственности по ст. 163 УК РФ, уголовное дело прекращено; 2014 г. – по ч. 2 ст. 112, ч. 2 ст. 116 УК РФ осужден условно; от наказания освобождён по амнистии (требование о судимостях). В армии не служил. На основании результатов обследования был выставлен диагноз: «Транзиторное расстройство личности неустойчивого типа» (со слов). 21 марта 2022 года без цели хищения, завладел автомобилем. Было возбуждено уголовное дело. 22 марта 2022 г. его госпитализировали в больницу, где «прокапали» и 04.04.2022 г. выписали.

В настоящее время чувствует себя хорошо. В 2013 г. был избит, получил травму головы, находился на лечении в больнице с. Калга (п.д. от 23.04.2022 г.). Из карты стационарного больного ГАУЗ «ЗКНД» следует, 22.03.2022 г. после обрыва очередного запоя стал испытывать зрительные и слуховые обманы восприятия – видел несуществующих людей, африканца, за оградой дома видел шкуры мёртвых коров, начал их сжигать. Бригадой СМП был госпитализирован с ЗКНД, где находился по 04.04.2022 г. с диагнозом: «Синдром зависимости от алкоголя, 2 стадия. Синдром отмены с делирием». На фоне дезинтоксикационной терапии психотическая симптоматика купировалась, был выписан в удовлетворительном состоянии. В стационаре осмотрен терапевтом, в качестве осложнения основного заболевания диагностирован хронический гепатит с умеренной степенью ферментативной активности в стадии неуточнённых фиброзных изменений.

Из описания психического состояние: ...По делу пояснил, что после обрыва недельного запоя в течение нескольких дней испытывал бессонницу, тревогу, беспокойство. На этом фоне появились слуховые обманы восприятия - из-за входной двери слышал «голоса» мужчин, которые договаривались его убить – «один говорит – сможешь одним махом вырубить, второй – топор-то тупой», видел тени за окном. Так продолжалось на протяжении нескольких дней. В ограду выходить боялся, не спал. Звонил своему знакомому, с просьбой о помощи («из дома выйти не могу, толпа народу стоит»). Когда «они начали выламывать дверь», через заднюю дверь выбрался из дома, увидел на улице ЗИЛ, в котором было много народа в форменном обмундировании, «похожие на военных». Понял, что они приехали «в поддержку тем, которые дверь выламывали». Побежал к знакомому. По дороге чувствовал исходящую от проходящих мимо людей угрозу, «слышал, что они думают, что меня за награду в 50000 надо сдать». Начал прятаться по кустам, потом решил обратиться в полицию, но поскольку в маршрутку было страшно садиться, угнал автомобиль. Поехал на ст. Новая, в отделение полиции. По дороге слышал сзади «голос», который сначала бормотал что-то непонятное, затем сказал: «Поехали до Пахи». На половине дороге бросил машину и по кустам пошёл за помощью «на Пахину фазенду». По пути на берегу речки испытывал зрительные обманы восприятия – видел «генерала с лампасами, разводил для него костёр». Затем был задержан сотрудниками полиции, доставлен в отделение. В этот же день вернулся домой, где зрительные и слуховые галлюцинации продолжались – «домой зашёл, там негр стоит, в комнате – старуха лежит». Побежал к знакомому, когда выскочил из дома, слышал, как «дети с мансарды кричали, что не надо никуда ходить». Был госпитализирован в наркологический диспансер. После выписки возобновил алкоголизацию. Критика к употреблению спиртного снижена, зависимым себя не считает. Расстройств восприятия, бредовых переживаний при обследовании не выявлено.

Выводы: у подэкспертного С., выявлены признаки **эмоционально-неустойчивого расстройства личности, синдрома зависимости от алкоголя** (F 60.3, 10.2 по МКБ 10) – что подтверждается анамнестическими сведениями и материалами уголовного дела, и результатами настоящего исследования. Анализ материалов уголовного дела, данные медицинской документации и результаты настоящего обследования свидетельствует о том, что в период инкриминируемого ему деяния подэкспертный С., находился во временном психическом расстройстве в форме **психотического состояния, преимущественно галлюцинаторного** (F 10.05 по МКБ-10). На фоне сформированных признаков синдрома зависимости от алкоголя после обрыва очередного запоя на высоте абстинентных проявлений у подэкспертного развилось психотическое состояние со слуховыми и зрительными обманами восприятия, что сопровождалось страхом, неадекватным поведением, попытками скрыться от мнимых преследователей, в результате чего он неправомерно завладел автомобилем, в последствии был госпитализирован в наркологический диспансер с клиникой алкогольного психоза. Таким образом, в момент совершения общественно опасного деяния действия подэкспертного были обусловлены психопатологической симптоматикой (преступление совершено по продуктивно-психотическому механизму) с утратой способности критически оценивать ситуацию, поэтому в период инкриминируемого ему деяния подэкспертный С., был не способен осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Учитывая антисоциальный личностный преморбид, сохраняющиеся до настоящего времени нарушения поведения с алкоголизацией и снижением критики к употреблению спиртного, легкомысленным отношением к содеянному, он представляет опасность для окружающих и возможность причинения иного существенного вреда, требует постоянного наблюдения, психореабилитационных

мероприятий, поэтому нуждается в принудительном лечении в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа. На фоне лечения психопатологическая симптоматика купировалась, поэтому Подэкспертный С., может участвовать в следственных действиях и судебном разбирательстве.

**КОМОРБИДНЫЕ РАССТРОЙСТВА, КАК ПРИЧИНА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ
РЕЗИСТЕНТНОСТИ В КОРРЕКЦИИ ГРУБЫХ РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦА С
ЛЕГКОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПО МАТЕРИАЛАМ
АМБУЛАТОРНОЙ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

Бондаренко А.В., Татаринцев О. Е.

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

Подэкспертный М., 38 лет, подозревается в совершении преступления предусмотренного ч.1 ст.119, ч.1 ст.228 УК РФ. Из анамнеза: наследственность отягощена: младшая сестра страдает психическим заболеванием, имеет инвалидность. Родился вторым ребенком из 4-х детей весом 3800 гр., длиной 60 см. Беременность и роды у матери протекали без патологии. Ходить начал в 1 год, говорить в 4 года. ДДУ не посещал. В 5-ти летнем возрасте получил травму головы («разбили голову»). Около 2 недель лечился в стационаре. После этого стал часто жаловаться на головные боли. В 1 класс пошел в 8 лет. В 1 классе материал не усваивал, ничего не мог запомнить, в итоге окончил лишь 2 класса. Друзей не было, со сверстниками не общался. Оставался на повторное обучение. В 8-летнем возрасте впервые был обследован психиатром, определена инвалидность, более не обучался. Был выставлен диагноз: «Резидуальная энцефалопатия с резко выраженным интеллектуально-мнестическим снижением и эмоционально-волевыми нарушениями». В дальнейшем ежегодно обращался на прием в КПНД и районному психиатру в связи с окончанием срока инвалидности. В 2003 г. выставлен диагноз: «Умственная отсталость легкая, умеренно-выраженные проявления». В 2007 г. при передаче во взрослую сеть был обследован психологом, интеллектуальный коэффициент по тесту Векслера при обследовании - 45. С 2007 г. является инвалидом 2 группы по психическому заболеванию. Состоял на учете у психиатра с диагнозом: «Легкая умственная отсталость, умеренные проявления, с незначительными нарушениями поведения, обусловленная неуточненными причинами». В 15-летнем возрасте был отмечен судорожный приступ (сведения из мед. карты). Ранее привлекался к уголовной ответственности в 2009г по ст. 228 УК РФ, признан судом «невменяемым». Лечился по суду в ПБ ф. Ивановка. В ходе следствия была проведена АСПЭ. Дано заключение, что у подэкспертного М., имеются признаки слабоумия в форме легкой умственной отсталости с умеренно-выраженными проявлениями, некоторыми нарушениями поведения, обусловленной неуточненными причинами, следовательно, он не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в период совершения противоправных действий, не способен к этому и в настоящее время. По своему психическому состоянию также не может самостоятельно осуществлять свое право на защиту. Учитывая отсутствие достаточной критики к содеянному, повторность совершенного правонарушения, недостаточный контроль со стороны родственников, подэкспертный М., нуждается в принудительном лечении в психиатрическом стационаре общего типа. На основании постановления Оловянинского районного суда Забайкальского края от 09.12.2009г находился на принудительном лечении в ГУЗ «КПБ № 2» с 03.02.2010г по 22.03.2011г. Постановлением Черновского районного суда г. Читы от 05.03.2011г вид принудительного лечения был изменен на амбулаторное принудительное лечение. При посещении психиатра предъявлял жалобы на головные боли. Были жалобы со стороны матери на злоупотребление им алкоголем. Контакт был формальный, на лице неадекватная улыбка. В полной мере не осознает тяжесть совершенного правонарушения, критика крайне формальная. Назначено лечение: аминазин, карбамазепин, феназепам. В последующем приходил на прием к врачу психиатру 25.04.2011, 20.05.11 г. Было отмечено: грубая ориентация во времени, рассеянное внимание, низкий интеллект. По месту жительства характеризовался крайне отрицательно: «систематически злоупотребляет алкоголем, по характеру вспыльчивый, на меры воспитательного характера не реагирует». Кроме этого, в 2011г привлекался к уголовной ответственности по ст. 132 УК РФ. В ходе следствия также был

освидетельствован АСПЭ. 10.07.2011 г. совершил ООД, предусмотренное п. «б» ч.4 ст. 132 УК РФ. Экспертами АСПЭ был признан страдающим иным болезненным расстройством в форме лёгкой умственной отсталости со значительными нарушениями поведения, требующими лечения и ухода. Постановлением Забайкальского краевого суда от 05.03.2012 года был признан за содеянное невменяемым и направлен на принудительное лечение в психиатрический стационар специализированного типа. Находился на принудительном лечении в ГКУЗ «ККПБ им. В. Х. Кандинского» 23.03.2012г по 8.06.2020г. с диагнозом: Легкая умственная отсталость, легкие проявления, со значительными нарушениями поведения, обусловленная неуточнёнными причинами. Соп.: Энцефалопатия врожденно-органического генеза. Легкий гипертензионный синдром. ХОБЛ, бронхитический тип, легкое течение, ремиссия. ДНО. МКБ, камень правой почки. Вторичный хронический пиелонефрит, латентное течение, ХИН I. Хронический бактериальный холецистит, ремиссия. Хронический рецидивирующий панкреатит, ремиссия. В период проведения принудительного лечения в условиях стационара специализированного типа в отделение поступило постановление Оловянинского районного суда Забайкальского края от 02.02.2016 года о применении к М., принудительных мер медицинского характера, а именно - принудительном лечении в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях общего типа за совершенное им в 2009 году правонарушение, предусмотренное ч. 2 ст. 228 УК РФ. Далее принудительное лечение продлялось, а 28.05.2019г. изменен тип принудительного лечения со специализированного на общий. Получал лечение: Tab. Haloperidoli до 15 мг/сут per os, Sol. Haloperidoli deconoati 2,0 l p в нед в/м, T.Clazapini до 150 мг/сут per os, T.Trihexuplienydyli 4 мг/сут per os, T.Carbamazepini до 600 мг/сут per os, T.Levomepromazini до 150 мг/сут, симптоматическое лечение. На фоне лечения в поведении стал упорядочен, режиму подчинялся, общался с другими пациентами по мере надобности. Фон настроения выравнился, эмоциональные реакции стали адекватнее. На момент выписки психопатологической продукции не испытывал, аффективные нарушения не наблюдались. Появилась критика к своему состоянию и ООД. Учитывая стабильное состояние пациента, врачебная комиссия решила отменить принудительное лечение. Забайкальским краевым судом г. Читы 26.05.2020г. принудительное лечение отменено. Пациент выписан домой в удовлетворительном состоянии в сопровождении сестры, рекомендации даны, разъяснены полностью. Формула общественной опасности: Ведущий синдром: психопатоподобный. Тип течения заболевания: стационарный. Данное правонарушение четвертое по счёту. Личностно-негативный механизм. Алкоголизация, расторможенность влечений способствовали совершению ООД, рекомендовано наблюдение и амбулаторное лечение у психиатра по месту жительства. После выписки стал проживать у сестры, купил себе дом за 450 т.р., переехал жить в дом, сожительствовал с женщиной старше его по возрасту (женщине 45 года), злоупотреблял алкогольными напитками, детей нет. Работал разнорабочим на стройках, выполнял подсобные работы. На диспансерном учете у нарколога состоял с 30.12.2009г по 22.10.2018 года с диагнозом – Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя, синдром зависимости и был снят по причине изменения места пребывания. Состоит в группе АДН с 2012 года, в поле зрения психиатров с 1997 года, с диагнозом – умственная отсталость легкой степени, со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения (справка из ГКУЗ «ККПБ имени В.Х. Кандинского», мед. карты). По ст.158 УК РФ подэкспертному в 2023 году проведена АСПЭ, по результатам которой у него выявлены признаки лёгкой умственной отсталости со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения, судом признан «невменяемым», назначен специализирован тип стационарного принудительного психиатрического лечения, который проходил в ГКУЗ «ККПБ им. В.Х. Кандинского» с 12.07.2023г. по 28.12.2024г. При поступлении в стационар контакт с ним малопродуктивен за счет примитивности, умственного дефекта, эмоциональной неадекватности, что сохранялось определенное время в стационаре, купировано лечением нейролептиками, нормотимиками и обследуемый 28.12.2024г. был отправлен по месту жительства. 17 июня 2025 года в дневное время, около 15 часов, подэкспертный М., на почве внезапно возникших неприязненных отношений к сожительнице умышленно, с целью устрашения и подавления психического состояния последней, взял в руку нож, и демонстрируя его сожительнице высказал слова угрозы убийством в адрес последней: «Я тебя зарежу». Сожительница, видя, что подэкспертный М., агрессивно настроен в отношении нее, находится в состоянии опьянения, вызванного употреблением алкоголя,

демонстрирует находящийся в руке нож, данные действия и слова последнего восприняла как реальную угрозу убийством в свой адрес. 17 июня 2025 года у подэкспертного М., был изъят полимерный пакет с наркотическим средством каннабисом (марихуаной), массой 24,44 г., что является значительным размером. Допрошенный в качестве подозреваемого от 26.11.2025г. подэкспертный давал последовательные показания, деяния ст.ст.228, 119 УК РФ отрицал. В ходе расследования уголовного дела подэкспертному М., проводилась амбулаторная АСПЭ в ходе которой были выявлены множественные татуировки криминального характера, рубцы от самопорезов, низкий интеллект, наличие церебростенической симптоматики, примитивность, дурашливость, расторможенность, наличие элементов эмоциональной неадекватности, скудный словарный запас, плохую память, отвлекаемость внимания, злоупотребление алкогольными напитками, низкий интеллект в рамках легко выраженного умственного дефекта. Суждения примитивные, часто не может сформировать своего мнения на какое-либо явление, пожимает плечами. Внушаем повышено. Мышление малопродуктивное, вязкое, торпидное, сугубо конкретное. Абстрагирование не развито. Переносный смысл пословиц, поговорок, многих метафор не трактует. Обобщения доступны лишь на примитивных примерах. Существенный признак, сходство, различие выделить не может. Социальный интеллект не развит. Эмоциональные реакции невыразительные, малодифференцированные. По дому может выполнять простую работу - затопить печку, приготовить пищу, постирать вещи, занимается уборкой в ограде. К сложившейся судебно-следственной ситуации, своему состоянию относится не критично. Обстоятельства дела излагает сумбурно, противоречиво, что требует уточняющих вопросов. В итоге, вину в инкриминируемых ему деяниях категорически отрицает, примитивно хитрит. В ходе обследования каких-либо психотических нарушений (брёда и галлюцинаций) у испытуемого не выявлено.

Выводы: Подэкспертный М., страдал как во время совершения инкриминируемого ему деяния, так и страдает в настоящее время иным болезненным состоянием психики в форме лёгкой умственной отсталости со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения (F 70.1 по МКБ-10). Имеющиеся у подэкспертного М., психические нарушения выражены столь значительно и глубоко, что лишали его способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими при совершении инкриминируемых ему деяний, как лишают и в настоящее время. Как страдающий иным болезненным состоянием психики с потенциальной опасностью для себя и других лиц, а также учитывая выраженность имеющихся у подэкспертного психических нарушений (психопатоподобное поведение вкупе со снижением интеллекта со склонностью к потреблению алкоголя, агрессивные деликты, неадекватность самовосприятия), игнорирование подэкспертным амбулаторного наблюдения и лечения у психиатра, грубое снижение критических и прогностических способностей, склонность к совершению повторных ООД при высокой делинквентности, подэкспертный М., нуждается в применении к нему принудительных мер медицинских характера в виде принудительного лечения в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа. Самостоятельно осуществлять права на защиту не может. Способность давать показания имеется.

ПРИМЕР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ПАЦИЕНТА С РАССТРОЙСТВОМ ПРИЕМА ПИЩИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Буйлова Е.В.

Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского», Чита, Россия

Расстройства приема пищи в детском возрасте – это нарушение пищевого поведения, которые проявляются в необычном отношении к еде, отказе от приема пищи, избирательности в рационе или других отклонениях, влияющих на физическое, психоэмоциональное состояние ребенка и могут привести к дефициту питательных веществ, задержке развития, нарушениям работы внутренних органов и систем.

Вашему вниманию будет представлен клинический случай расстройства приема пищи в раннем детском возрасте.

Больной И. 5 лет, не организован, поступает на обследование, лечение и уточнение диагноза в

психиатрическом дневном стационаре для обслуживания детского населения ГБУЗ «ККПБ им. Кандинского В.Х».

Жалобы со стороны сопровождающего (мамы): на отсутствие аппетита и чувства голода, ребенок никогда не просит «покушать», постоянные рвотные позывы после каждого приема пищи. Кормление насильственное, кормит только мама, самостоятельно мальчик отказывается кушать, ест только пюреобразную (измельченную блендером), однообразную пищу. Каждую порцию пищи требует запивать водой. Так же мама предъявляет жалобы на перепады настроения, плаксивость, частые истерики, возникающие на запреты, зависимость от гаджетов, во время приема пищи требует смотреть видеоролики в телефоне, обнаруживает заинтересованность только к компьютерным играм, к игрушкам интерес не проявляет, к детским забавам, и общению со сверстниками не стремится, отмечается ночной энурез.

Из анамнеза: Наследственность психопатологически отягощена по линии мамы, которая во время беременности наблюдалась у психиатра с депрессивной симптоматикой, получала лечение антидепрессантами, анксиолитиками. Ребенок от 2 беременности, 2 родов. Беременность протекала на фоне анемии, хронического пиелонефрита, маловодия. Роды на сроке 33 недели, на фоне отслойки плаценты. Масса тела ребенка при рождении 1590 гр., длина 36 см. Оценка по Апгар 1-3-5 б. При рождении у ребенка отмечалась асфиксия, ДН, РДС, присоединилась пневмония, мальчик был находился на ИВЛ 6 суток, для дальнейшего лечения был переведен в отделение патологии новорожденных. ННР с отставанием в моторном и речевом развитии: поздно пошел, речь начала формироваться только к 3-м годам. Вскармливание искусственное с использованием высокобелковой смеси для недоношенных детей. Ребенок всегда ел мало. В связи с недостаточным весом – введение прикорма с 5 месяцев. Одновременно, в возрасте 6 месяцев ребенок отказался от смеси и прикорма, пил только воду. Был госпитализирован в стационар, диагностирован ГЭР 3 ст., переведен на зондовое питание до 8 месяцев, сохранялся дефицит веса, во время кормления вызывал рвоту, совершая движения животом, как бы «выдавливая» еду, кормление всегда сопровождалось протестными реакциями, криками, удавалось накормить только при отвлечении внимания мальчика просмотром мультфильмов. В 8 месяцев у пациента выявили непереносимость лактозы, переведен на кормление лечебной смесью. В возрасте 9 месяцев мальчик был обследован в НЦЗД г. Москвы выставлен диагноз: «Расстройство приёма пищи неуточнённое», назначен препарат Перитол, на фоне приема которого, у пациента улучшился аппетит, но положительная динамика была непродолжительной, спустя 2 недели – вновь отказы от еды, рвота. В возрасте 1г.3 мес. отмечался выраженный дефицит массы тела, моторная и речевая задержка: в этом возрасте выполнена гастродуоденоскопия и установлена гастростома, несмотря на кормление через стому, мальчик продолжал самостоятельно вызывать рвоту после каждого кормления. Неоднократно был консультирован специалистами ведущих педиатрических клиник г. Москвы, рекомендован прием: таб. Алимемазин до 7,5 мг/сут. Со слов матери, на фоне приема Алимемазина в дозировке 7,5 мг/сут отмечалась положительная динамика в виде уменьшения кратности вызываемых ребенком рвот, «стал спокойнее», но периодически отмечались эпизоды ночного пробуждения, во время которых ребенок самостоятельно вызывал рвоту, при полноценном сне – в течении первой половины дня позывов к рвоте не отмечалось. В мае 2023 г., психиатром ООО «ЦИРПП» г. Москва рекомендован прием т. Рисперидон до 1 мг + т. Сертралин 12,5 мг. Со слов матери, на фоне приема рисперидона у ребенка отмечалось закатывание глаз, поэтому лечение было отменено матерью самостоятельно. Препарат сертралин ребенок по решению матери не получал. С декабря 2023г и до настоящего времени пациент получил 5 курсов введения стволовых клеток, последний курс – в ноябре 2025г. Динамика слабopоложительная: аппетит не улучшился, интереса к еде не проявляет, ребенок никогда не испытывает чувства голода, рвотные позывы во время приема пищи сохраняются. Питание строго по режиму, кормит принудительно мама, пища однообразная, блиндированная. При попытке разнообразить и расширить рацион – нарушается стул. Со слов мамы, на фоне соматического неблагополучия (например, ОРВИ) или при смене погодных условий у ребенка увеличивается частота рвоты. На ЭЭГ видеомониторинге от 2022г: эпилептиформность не зарегистрирована. На КТ ГМ от 2022г без патологии. За последующие годы – данные инструментальных обследований отсутствуют. Наблюдается у невролога с диагнозом: «Задержка речевого развития. Дефицит массы тела и роста. Нарушение пищевого поведения». Последний осмотр невролога от 10.11. 2025. В июле

2025г – удаление гастростомы. Инвалидность с 8 месяцев по соматическому заболеванию, с 2024г – инвалидность по психическому заболеванию.

Анамнез заболевания: у психиатра пациент наблюдается с года в частном порядке, в связи с нарушениями пищевого поведения. С 01.10.2024г по 12.11.2024г мальчик находился на обследовании и лечении в ПДС ОДН, выставлен диагноз: «Расстройства приема пищи в младенческом возрасте», получал лечение: Т. Alimemazini 10 мг/сут + Т. Sulpiridi 50 мг/сут + Т. Carbamazepini 100 мг/сут. per os. Определена инвалидность. На фоне лечения значительной динамики в состоянии не отмечалось, со слов мамы, сохраняются проблемы с питанием, периодические истерики. В амбулаторном порядке продолжал прием препарата: Т. Alimemazini 12,5 мг/сут. Эффект от препарата не стойкий. Обратились в стационар для коррекции лечения. На момент госпитализации мама отмечает перепады настроения, плаксивость, частые истерики, возникающие на любые запреты. Мальчик проявляет сильную привязанность к отцу, в его отсутствии ребенок безучастен к играм, стереотипно перебирает в руках одеяло, чаще чем обычно вызывает рвоту, может длиться данное состояние до 2-х недель, затем отмечается резкий «выход». Сформирована сюжетная игра предпочитает играть с динозаврами, драконами, с машинками, отмечается зависимость от компьютерных игр, интересуют игры деструктивного характера, со старшим братом в основном дерется, эмоциональной привязанности к брату и маме не отмечается, не жалеет ее, когда та плачет, не любит объятий и прикосновений, со слов мамы, «с ней всегда ребенку скучно», оживлялся при визите других людей, радуется гостям, может уйти с посторонними людьми. Гигиенические навыки и навыки самообслуживания развиты недостаточно: самостоятельно может надеть только колготки, снять кофту, туалетом пользуется, отмечается ночной энурез. Сон медикаментозный на алимемазине (7,5 мг на ночь). Коммуникация значительно не страдает, к детям стремится, тянется, проявляет интерес к совместным играм, в сентябре 2025г мальчик пошел в ДДУ, но отказали в посещении, т. к. ребенок после еды вызывал рвоту. Дополнительно посещает различные подготовительные курсы, занимается со специалистами (в том числе психологом), есть один друг.

Психический статус: В кабинет врача заведен мамой, в поведении спокоен, в руках игрушка динозавр. Обращенную речь понимает преимущественно на бытовом уровне. Собственная речь представлена простыми предложениями, отвечает в плане заданного: называет имена родителей, назвал свое имя, верно назвал свой возраст и показал на пальцах. Голос тихий, слабомодулированный, зрительный контакт с врачом устанавливает, позволяет взять себя за руку, сам подает руку врачу. На вопрос врача: «Почему отказывается кушать?», монотонным голосом отвечает: «не знаю», пожимает плечами, при этом опускает глаза. Общий кругозор сформирован в соответствии с возрастом, в беседе фиксирован на теме «ссоры с братом» (брат отобрал телефон с компьютерной игрой), с трудом переключается на другие темы, эмоционально лабилен, на глазах слезы при упоминании о конфликте. При этом выражение лица печальное, к предложенным игрушкам интерес не проявил, весь период осмотра и беседы, пациент просидел на стуле рядом с мамой. Реалистические изображения распознает, но недостающие детали не называет, показывает выборочно. Процессы обобщения доступны: дифференцирует и распределяет по группам диких и домашних животных. Цветовой гнозис сформирован, в понятиях больше-меньше ориентируется. Интеллектуальное развитие не отстает от условно-возрастной нормы. На момент осмотра агрессивных тенденций в поведении не отмечено. Навыками самообслуживания владеет, но нуждается в контролирующей и направляющей помощи со стороны мамы.

Соматический статус: на передней брюшной стенке послеоперационный рубец от гастростомы. Пониженного питания. Вес =14 кг, рост =102 см

В отделении назначено лечение: Т. Chlorpromazini до 37,5 мг/сут + Т. Sertralini до 50 мг/сут.

По результатам обследования: Уровень развития познавательной деятельности соответствует условно-возрастной норме.

Заключение психолога: выраженный интерес в начале занятия, но снижающийся по мере утомления. Эмоциональная реакция на ситуацию обследования проявляется адекватно, фон настроения ровный. Инструкция усваивается, но сохраняет не до конца задания многие правила. Внимание недостаточно стойкое, концентрация снижена. Темп деятельности: снижающийся при утомлении. Продуктивность деятельности, работоспособность снижается, по мере утомления при длительной интеллектуальной нагрузке. Показатели мнестической функции снижены. Мышление:

инертное по темпу. Общий запас знаний и представлений (общая осведомленность): соответствует возрасту. Интеллект по данным методики Векслера (детский вариант): Вербальный IQ=72, соответствует пограничному уровню; Невербальный IQ=89, соответствует сниженной норме; Общий IQ=78, соответствует пограничному уровню. Тест С.А.Р.С.: выявлено, что у ребёнка нет симптомов, характеризующих аутизм.

На фоне лечения отмечается положительная динамика: уменьшилась частота рвотных позывов при кормлении, но интерес к еде не проснулся, фон настроения улучшился, стал активнее в играх, отмечается потребность в коммуникации.

Дифференциальная диагностика между расстройством приема пищи в детском возрасте и младенческой анорексией представляет определенные сложности. И то и другое психическое расстройство проявляется в раннем возрасте (до 6 лет). Причиной возникновения расстройства избирательного питания (ARFID) может быть сенсорная чувствительность к продуктам питания, страх перед едой, отсутствие интереса к пище, младенческая анорексия не связана с сенсорными нарушениями или страхом, часто обусловлена нервно-психическими факторами, возможно, неправильным уходом, эмоциональной депривацией или депрессивной симптоматикой. При ARFID наблюдается избегание конкретных продуктов или текстур, при анорексии – пациент отказывается от приема пищи в целом. И в том, и в другом случае, мы видим значительный дефицит массы тела и задержку физического развития. ARFID диагностируется в младенчестве, но проявления могут наблюдаться и в более старшем возрасте, зачастую сопутствуют СДВГ, РАС, тревожным расстройствам, младенческая анорексия диагностируется только до 6 лет, может быть связана с эмоциональными или психологическими факторами и не всегда сопровождается другими психическими расстройствами.

У нашего пациента расстройство приема пищи впервые проявилось в младенческом возрасте в виде полного отказа от еды, без предшествующей психотравмирующей ситуации, связанной с приемом пищи или сенсорной чувствительности к определенным продуктам. В связи с чем кормление осуществлялось через зонд и в последующем – через гастростому, у мальчика отмечается выраженный дефицит массы тела и задержка физического развития. В раннем возрасте при расставании с отцом отмечалась депрессивная симптоматика в виде пассивности, безучастности в детских забавах, однообразии игровых интересов, «уход в себя», отгороженность от мамы, продолжительностью до двух недель. При ППИ диагностировано снижение концентрации внимания, быстрая утомляемость, инертность мыслительных процессов при нормативном уровне развития интеллекта, что может указывать на органическую неполноценность, однако тяжесть органического расстройства не соответствует выраженности отказа от еды. Таким образом, данный случай расстройства пищевого поведения можно рассматривать как младенческую анорексию и кодировать F 98.2 (Расстройство приема пищи в младенческом и детском возрасте).

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ ЗА 2023–2025 ГОДЫ

Бунина М.В.

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

Численность детского населения (от 0 до 14-ти лет) по Забайкальскому краю в 2025г. уменьшилась и составила 193523 (2024г. - 198485, 2023г. - 203898 человека), из них по краевому центру (г. Чита) в 2025г. – 64616 чел, в 2024г. – 64616, в 2023г. – 66134 человека. Показатель болезненности детского населения Забайкальского края увеличился в 2025г. и составил 3134,0 (2024г. - 2996,7, в 2023г. - 2849,5), что выше показателя по РФ (2475,3 за 2016 год). По структуре: 1 место занимают органические непсихотические расстройства, на втором месте – умственная отсталость, на третьем месте – психотические расстройства.

Болезненность непсихотическими расстройствами увеличилась и составила в 2025г. – 2094,8 (в 2024г. - 2077,7; в 2023г. - 1953,9). При этом показатель по краю выше общероссийского (1955,7- 2016 год). Болезненность умственной отсталостью увеличилась и составила в 2025г. - 699,1, в 2024г. 625,7,

в 2023г. – 655,2. Болезненность психотическими расстройствами за анализируемый период выросла и составила в 2025г. – 340,0, в 2024г. – 293,2, в 2023г. – 240,3, из них детская шизофрения – 9,8, а показатель РАС вырос до 301,3, что значительно превышает показатели предыдущих лет. Значительно преобладают дети, состоящие в консультативной группе наблюдения. Диспансерная группа наблюдения чаще оформляется детям с психотическими расстройствами (в частности, детской шизофренией, расстройствами аутистического спектра), реже – с умственной отсталостью и непсихотической патологией. Структура болезненности психическими расстройствами детского населения Забайкальского края за последние три года остается стабильной: значительно преобладают непсихотические расстройства, главным образом, это органические непсихотические расстройства с интеллектуально - мнестической недостаточностью, далее следует умственная отсталость и на третьем месте стоят психотические расстройства. При этом структура психических расстройств в целом близка к таковой в РФ, и даже значительно выше в части психотических расстройств за счет расстройств аутистического спектра. Показатель болезненности детского населения Забайкальского края за последние 3 года принципиально не изменился. Структура болезненности психическими заболеваниями по г. Чита и Забайкальскому краю в 2025 году отличается: среди детей-жителей краевого центра доля расстройств непсихотического регистра выше, а умственной отсталости, напротив, – ниже, чем в целом по Забайкалью. Соотношение детей, состоящих на диспансерном и консультативном учете у психиатра, в Забайкальском крае в 2025г. – 1/ 19,9, в 2024г. – 1/18,5; в 2023г. – 1/17; т.е. значительно преобладают дети, состоящие на консультативном учете. Диспансерный учет чаще оформляется детям с психотическими, часто обостряющимися тяжелыми психическими расстройствами (в частности, детской шизофренией, расстройствами аутистического спектра), реже – с умственной отсталостью и непсихотической патологией. Соотношение диспансерной и консультативной группы наблюдения изменил Приказ МЗ РФ от 30.06.2022г. № 453Н «Порядок диспансерного наблюдения за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями». На основании данного порядка были приведены в соответствие группа диспансерного наблюдения и группа консультативно- лечебной помощи, соответственно количество состоящих детей в группе КЛП резко увеличилось, напротив же в группе диспансерного наблюдения уменьшилось.

Общий показатель заболеваемости психическими расстройствами детского населения увеличился: в 2025г. и составил 793,5 (в 2024г. - 756,7 , в 2023г. - 744,5), что выше показателя предыдущих лет, а так же выше показателя по РФ – 536,6 за 2023г. и показателя ДФО - 448,4 за 2023г. Заболеваемость непсихотическими расстройствами в 2025 уменьшилась и составила 612,1, в 2024г. – 617,2, в 2023г. - 596,4. Показатель заболеваемости умственной отсталостью в 2025г. увеличился и составил 140,6, в 2024г. - 101,3, в 2023г.- 120,2. Таким образом, заболеваемость умственной отсталостью увеличилась по сравнению с 2023г., 2024г., и остается выше общероссийского показателя - 96,1 на 100000 в 2016 году. Показатель заболеваемости психотическими расстройствами вырос в 2025г. и составил – 41,9, в 2024г. - 38,3, в 2023г. - 28,0. Показатель РФ в 2016 году составил 12,5. Таким образом, заболеваемость психотическими расстройствами выше показателей последних трех лет и выше такового показателя по РФ. Первичная заболеваемость психическими расстройствами среди детей 0-14 лет в Дальневосточном ФО на 100тыс. населения выросла за 3 года на 37,6%, показатель 2020 года ниже на 39,2 % общероссийского (421,9 на 100тыс). Первичная заболеваемость по основным группам психических расстройств среди детей 0-14 лет в Дальневосточном ФО (на 100 тыс. населения): психозы и состояния слабоумия – рост на 80,4%, непсихотические расстройства рост на 36,8%, умственная отсталость – рост на 30,8%. Общая заболеваемость психическими расстройствами среди детей 0-14 лет в Дальневосточном ФО на 100 тыс. населения – рост за 3 года на 5,1%, показатель 2020года ниже на 7,4% общероссийского (2373,8 на 100 тыс. нас.) Общая заболеваемость по основным группам психических расстройств среди детей 0-14 лет в Дальневосточном ФО в 2020-2022г. на 100 тыс. населения: психозы и состояния слабоумия - рост на 24,6%, непсихотические расстройства – рост на 6,3%, умственная отсталость - снижение на 3,9%. В структуре заболеваемости психическими расстройствами у детей Забайкальского края за последние три года произошло незначительное снижение показателей органических непсихотических расстройств, увеличение показателей психотических расстройств, увеличение показателей по умственной отсталости. Указанная динамика безусловно является положительной. За последние 5 лет отмечается достаточно

высокая активность врачей психиатров районов (значительное число случаев выявленной психической патологии). Но необходимо отметить, что подавляющее количество случаев выявления психической патологии происходило на уровне амбулаторной службы ГБУЗ «ККПБ им. В.Х. Кандинского», ее детских кабинетов диспансерного отделения, отделении дневного стационара для детей и подростков в амбулаторных условиях, детского отделения ГБУЗ «ККПБ им. В.Х. Кандинского». Кроме того, остается прежней проблема: значительная доля детей консультируются в частных медицинских организациях, в организациях министерства социальной защиты населения и министерства образования Забайкальского края. Дети, осмотренные в данных организациях, не подлежат взятию в группы наблюдения (консультативная и диспансерная группы наблюдения), сведения о них не передаются, согласно Закона РФ «О защите персональных данных». В целом структура психической патологии у детей в 2025 году близка к таковой по РФ.

За последние три года отмечено увеличение общего показателя инвалидности детского (0-17 лет) населения Забайкальского края по психическим заболеваниям – от 517,6 в 2023г. до 624,4 в 2025г. (РФ 2023 год – 547,6; ДФО 2023г. – 608,7), первичный выход на инвалидность так же увеличился с 82,3 в 2023 г. до 90,3 в 2025г., что выше соответствующих общероссийских показателей: РФ 2023 год - 83,0. Ведущей причиной первичного выхода на инвалидность в связи с психическими расстройствами в детском возрасте в 2024г. стали хронические неорг. псих. расстройства – 35,2 из них РАС – 33,5. На втором месте – умственная отсталость – 25,0 (2023г.- 30,9) Показатель первичного выхода по шизофрении уменьшился и составил в 2025г. – 1,3 (в 2023г. - 3,3). Показатель первичного выхода на инвалидность вследствие психических расстройств, вследствие эпилепсии увеличился и составил 2,1 на 100тыс. нас. (2023г. 0,8) Показатель первичного выхода на инвалидность по РАС вырос значительно от 22,2 в 2023г. до 33,5 в 2025г. Указанные данные в целом согласуются с динамикой показателей болезненности и заболеваемости детского населения края за период с 2023 по 2025гг. Таким образом можно назвать две основные причины первичного выхода на инвалидность – это РАС и умственная отсталость. Низкой по сравнению с данными по РФ остается инвалидность по шизофрении, что согласуется с показателями болезненности - заболеваемости детского населения.

ФОРМИРОВАНИЕ МОТИВАЦИИ НА ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Варнакова Ю.В.

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

В соответствии с основными требованиями к лечению наркологических больных в отделении медицинской реабилитации осуществляется помощь мультидисциплинарной бригадой специалистов, где каждый выполняет специфическую роль, определяемую кругом профессиональных обязанностей.

В научной литературе описаны ведущие закономерности становления патологически измененной мотивации наркологического больного, связь данных нарушений с клинической картиной и личностью. Наиболее часто низкая мотивация пациентов к лечению трактуется как следствие более общих нарушений мотивационной системы у таких больных, с акцентом на патологической мотивации потребления того или иного психоактивного вещества.

В отечественной клинической наркологии на нарушения мотивации наркологических больных указывают такие авторы, как Б.С. Братусь, И.Н. Пятницкая, Н.А. Сирота, Ю.В. Валентик, В.М. Ялтонский, Я.В. Колпаков, А.Г. Кузнецов, Т.В. Агibalова, Л.Н. Юрченко и другие. Ю.В. Валентик указывает на необходимость формирования и поддержания мотивации на всех этапах реабилитационного процесса.

В 2009 году В.М. Ялтонский предложил теоретическую модель мотивации к лечению у лиц, зависимых от психоактивных веществ, которая представляет собой «динамическое многоуровневое образование, включающее три уровня мотивации (негативный, амбивалентно-амбивалентно-неустойчивый и позитивный) и имеющее сложную структуру, включающую ценностно-смысловые, эмоциональные, когнитивные и поведенческие компоненты (предикторы). Автор считает, что мотивацией на лечение является побуждение личности, её заинтересованность включиться в процесс лечения, продолжать участвовать в нём и быть приверженным определенной стратегии изменения

поведения, связанного с болезнью. По мнению автора, мотивация на лечение отражает степень готовности больного к изменению поведения, опосредованного болезнью. Кратко рассмотрим уровни мотивации и основные её компоненты:

1. Негативная мотивация к лечению – это уровень внешней регуляции поведения больного, связанного с лечением. Внешняя, контролируемая средой мотивация регулируется обещанными наградами либо угрозой наказания, давления в случае отказа от участия в терапии (например, угроза разводом, ограничением или лишением родительских прав, вменением реального срока заключения).

2. Амбигвентно-амбивалентно-неустойчивая мотивация к лечению проявляется в противоречивых мотивах и двойственном эмоциональном отношении пациента к процессу употребления или прекращению употребления психоактивных веществ (амбивалентность чувств). Поведение пациента регулируется в зависимости от ситуации - то требованиями среды, то недостаточно осознаваемыми и устойчивыми внутренними требованиями, необходимостью лечиться и периодическим усилением патологического влечения к ПАВ. На этом уровне пациент признает проблему, начинает размышлять о необходимости изменения зависимого поведения, сомневается в своих возможностях, не знает, как это сделать и пока ещё не берет на себя обязательств по решению своей проблемы.

3. Позитивная мотивация на лечение подразумевает снижение внешнего регулирования мотивации и возрастание роли пациента в самостоятельном управлении болезнью и определении своей активности. Пациент переходит от плана действий к практическим изменениям, что повышает его самоэффективность и настойчивость. Мотивы лечения становятся всё более осознаваемыми.

Уровни и структурные компоненты мотивации к лечению могут быть индивидуализированными мишенями психокоррекции и психотерапии (Я. В. Колпаков, В. М. Ялтонский, 2011г.), основными из которых можно выделить следующие: повышение признания болезни, повышение амбигвентно-амбивалентного отношения к ней, повышение восприятия социальной поддержки, повышения самоэффективности.

Таким образом, одной из приоритетных практических задач для специалистов является мотивационная работа как ключевой момент в удержании пациентов в реабилитационной программе, в поддержании их включённости в процесс выздоровления, а также в сохранении достигнутых изменений (ориентация на постоянный процесс выздоровления).

Мотивационная работа начинается с момента поступления пациента в стационар и продолжается в течение всего курса лечения бригадой специалистов захватывая все условные этапы реабилитации.

Адаптационный этап включает вовлечение пациентов в реабилитационную среду, где постепенно происходит установление контакта, изучение правил пребывания в отделении, приспособление к распорядку работы по лечебно-реабилитационной программе. Важную роль в этом играют профессиональные и личностные качества персонала, установки на совместный поиск ресурсов и индивидуальный подход к каждому пациенту. С целью формирования мотивации на исследование реабилитируемым своей болезни в отделении активно используется психообразование. Его главные задачи - повышение информированности о болезни, её проявлениях, течении и последствиях и, как следствие, возможность увидеть взаимосвязь между жизненными ситуациями и употреблением, тем самым подвести пациента к минимальному, частичному осознанию болезни. В построении мотивационной работы акцент делается на индивидуальное мотивационное консультирование и на мотивационные аналитические задания (например: последствия болезни, потери, ущерб себе и окружающим; проживание зависимости до конца и др.). Через совместный анализ заданий запускаются рефлексивные процессы, пациент начинает понимать, что проблема существует и размышлять о необходимости изменения зависимого поведения, возникает внутренне противоречие, борьба доводов «за и против».

На интеграционном этапе происходит ещё более активное включение пациента в реабилитационную среду. Участие в больших и малых группах (анализ чувств, недельный отчёт, группа работы по шагам, тренинги, психотерапия, духовный час и др.) способствует обучению сдерживать или нейтрализовать проявления болезни (на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях), развивает и закрепляет социально-приемлемые коммуникативные и поведенческие навыки, навыки самостоятельности и ответственности. Поскольку личность зависимого утрачивает свою целостность (наряду с «Я-здоровым» формируется «Я-патологическое»)

обязательным является работа со здоровой частью личности через реализацию её потенциалов. Для этого программой предусмотрены разного рода виды ответственности, участие в досуговой деятельности отделения и пр. На протяжении всего периода реабилитации организована работа консультантов, успешно прошедших курс лечения и утвердившихся в трезвости. Они активно принимают участие в работе отделения, являются положительным примером выздоровления, делятся своим опытом поддержания трезвости. Специалисты стимулируют и подкрепляют обращение за помощью, подчеркивают значимость «другого» в выздоровлении, как необходимую часть дальнейшего выздоровления.

Стабилизационный этап направлен на совершенствование и закрепление знаний и навыков, полученных на коррекционном этапе, а также обучение пациента навыкам распознавания предвестников срыва, целеполагания и составление программы выздоровления с выделением ближних, средних и дальних целей. Таким образом, пациент укрепляется в желании продолжать выздоравливать, поскольку самостоятельно формирует и наглядно видит свои дальнейшие действия, позволяющие функционировать в обществе без употребления наркотиков и алкоголя.

Пост-лечебный (профилактический) этап направлен на поддержание мотивации на трезвый образ жизни, адаптацию в обществе, построение новых социальных связей через включение в систему поддержки выздоровления. На базе отделения организованы группы поддерживающего лечения и наблюдения «Багульник» и «Жасмин» координаторами которых являются пациенты, прошедшие курс реабилитации. Задача таких групп - содействие общению с больными, находящимися на лечении, где бывшие реабилитанты, продолжающие работать по программе 12 шагов могут предложить больным спонсорскую помощь после выписки из отделения. Такое систематическое функционирование групп имеет положительное отражение на дальнейшую социальную адаптацию и реабилитацию в условиях стационарной программы, повышает степень доверия к персоналу и среде. Для поддержания мотивации на выздоровление пациенты ориентируются на амбулаторный этап реабилитации у нарколога и участие в группах само- и взаимопомощи.

Семья больного также является ресурсом для повышения мотивации на лечение и реабилитацию. В рамках программы проводится работа с родственниками: еженедельные индивидуальные беседы и групповые занятия, где обсуждаются болезнь, состояние пациента, прогноз, варианты терапии и влияние поведения семьи на лечение. Также затрагиваются психологические аспекты, включая коррекцию страхов и опасений.

Результаты формирования мотивации на выздоровление отражаются в анализе эффективности реализации лечебно-реабилитационной программы с 2013 по 2025г.

За период работы отделения с марта 2013 года по декабрь 2025 года реабилитационную помощь получили 1286 человек. Из них женщин - 760 (59%), мужчин - 526 (41%). Успешно окончили курс реабилитации 874 пациента (68% от общего числа завершивших), из них 516 женщин (59%) и 358 мужчин (41%).

С целью оценки ремиссии пролеченных пациентов, в отделении организовано постстационарное сопровождение. Сотрудники отделения организуют сбор информации о статусе пациента посредством телефонных звонков окружению пациента, личных встреч с ним, сведениям от участковых врачей психиатров-наркологов, сотрудников опеки и попечительства. На декабрь 2025 года сохраняют трезвость 695 человек, что составляет 80% от числа успешно завершивших реабилитацию.

Из них сохраняют трезвость более 1 года 355 человек (51%), до 1 года в ремиссии находится 340 человек (49%).

Таким образом, применение представленного комплекса мероприятий, в том числе психокоррекционных и психотерапевтических с учетом этапности лечения показало, что в большинстве случаев удается достичь перехода к позитивной мотивации на сохранение трезвости, формируется стойкая и длительная ремиссия, а, следовательно, достигается цель нашей работы в виде формирования устойчивой мотивации к выздоровлению и реабилитации.

СТРУКТУРА И РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА В РАЙОНАХ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ ЦПМПК

Васильева Т.Н.

Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Эмпатия», Астрахань, Россия

Проблема мониторинга эпидемиологии психических и поведенческих расстройств в детском возрасте – одна из наиболее острых задач клинической психологии и психиатрии. В условиях глобальной трансформации подходов к диагностике и инклюзивному образованию, роль экспертных психолого-медико-педагогических комиссий (ПМПК) остается определяющей в жизненном сценарии ребенка с нарушениями развития. В районах Астраханской области функции по комплексному выявлению и определению образовательного маршрута таких детей возложены на центральную психолого-медико-педагогическую комиссию (ЦПМПК). С 2026 года ЦПМПК в Астраханской области функционирует на базе ГАУ АО «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Эмпатия». Анализ работы специалистов ЦПМПК за 2019–2024 гг. позволяет отследить определенную динамику и эволюцию детской патологии.

Цель исследования: изучение динамики и характеристик нарушений развития у детей 0-18 лет по данным ЦПМПК.

За пятилетний период проведено более 9200 комплексных экспертиз. Ежегодно на ЦПМПК обследуется 1767–1956 детей, из них 1167–1234 - первичные обращения (63–66% потока). Эти цифры отражают интенсивность работы ЦПМПК, а не общую распространённость нарушений: выборка селективна (инициативные обращения, направления от специалистов и образовательных организаций), зависит от доступности услуг, информированности населения и активности специалистов первичного звена. Учет этих ограничений означает, что реальная распространённость нарушений может быть выше зафиксированной в данных ЦПМПК.

Процедура обследования на ЦПМПК представляет собой сложный алгоритм, направленный на интеграцию медицинских, психологических и педагогических данных для вынесения максимально объективного коллегиального заключения. В своей диагностической деятельности ЦПМПК применяет комплексный междисциплинарный подход:

- Анализ документации: медицинский блок (выписки, заключения специалистов); педагогический блок (характеристики, образцы работ).
- Обследование ребёнка командой экспертов: врач психиатр (психопатологический статус); педагог психолог (интеллект, обучаемость, эмоционально волевая сфера); учитель логопед (языковая система, навыки письма/чтения); учитель дефектолог (базовые представления, математические навыки).
- Коллегиальное заключение с рекомендациями (адаптированная программа, коррекционные занятия и т. д.).

Комплексное обследование чаще выстраивается по принципу «от простого к сложному», при этом для детей с тяжелыми и множественными нарушениями развития, тяжёлыми нарушениями поведения процедура обследования трансформируется в формат структурированного наблюдения за свободной и/или игровой деятельностью ребенка.

Важным трендом стало «омоложение» диагностического процесса. Благодаря активному развитию просветительской деятельности о ранней помощи в регионе, значительно увеличилась доля обращений в отношении детей в возрасте от 0 до 3 лет. Это критически важный фактор, так как раннее вмешательство позволяет минимизировать риски глубокой инвалидизации и вторичных психических нарушений. В нозологической структуре нарушений раннего возраста от 0 до 3 лет (при относительно малом количестве обращений – менее 1 % от общего количества) преобладают задержки психомоторного развития, тяжелые нарушения моторного развития, сенсорные нарушения.

В нозологической структуре обращений в дошкольном возрасте (от 3 до 7 лет) доминируют тяжелые нарушения речи (ТНР), составляющие около 48% от общего числа заключений. При этом, преобладающим нарушением является общее недоразвитие всех компонентов речи, часто имеющее в основе органическое поражение ЦНС. Категория задержки психического развития (ЗПР) удерживает второе место (порядка 28%) среди детей дошкольного возраста и выступает на первый план среди количества выявляемых нарушений в школьном возрасте (более 45%). Исследования подтверждают превалирование ЗПР цереброорганического генеза над психогенными формами.

Наиболее динамично растущей категорией являются расстройства аутистического спектра (РАС). За пятилетний период количество подтвержденных случаев увеличилось более чем на 40%. Это может быть связано как с улучшением диагностики, так и с истинным ростом распространенности патологии. Современный клинический портрет ребенка в практике ЦПМПК характеризуется высокой степенью коморбидности (до 65% случаев), когда нарушения развития не являются изолированными.

В целом, проведенный анализ данных показывает, что за последние 5 лет в Астраханской области наметились четкие тренды в распределении патологий.

1. Тяжелые нарушения речи (ТНР): утяжеление структуры

Группа ТНР остается самой многочисленной, составляя около **48%** от всех заключений. Однако клиническая картина претерпела изменения. Если в 2019 году преобладали легкие формы недоразвития речи, то к 2024 году эксперты фиксируют рост системных нарушений (ОНР I-II уровней). У большинства детей речевая патология протекает на фоне органического поражения ЦНС (дизартрия, алалия), что требует обязательного участия детского психиатра в реабилитационном процессе.

2. Увеличилась доля детей с ЗПР в структуре нарушений: выросла с **27,4% до 28,5%**. Характерной особенностью является преобладание ЗПР цереброорганического генеза. Такие нарушения отличаются стойкостью дефицита внимания, памяти и эмоциональной регуляции. Для специалистов клинического профиля это сигнал о необходимости интеграции педагогической коррекции с нейропсихологической помощью и фармакотерапией.

3. Расстройства аутистического спектра (РАС): отмечается динамика роста

Это наиболее динамично растущая категория. За 5 лет абсолютное количество подтвержденных случаев выросло более чем на 40%. При этом, диагностика детей с РАС на ЦПМПК остается крайне трудоемкой в связи со значительными поведенческими нарушениями.

4. Интеллектуальные нарушения (ИН): группа детей с умственной отсталостью остается стабильной (около 9,1%). В данной категории эксперты отмечают проблему дифференциальной диагностики между ИН и тяжелыми формами РАС или выраженной ЗПР (социальной заупущенности). Доля детей с изолированными нарушениями зрения и слуха снижается, что объясняется совершенствованием медицинских технологий ранней коррекции сенсорных дефицитов.

Одной из самых сложных проблем является нарастающая коморбидность (сочетанность) нарушений. Нарушения развития все чаще не носят изолированный характер. Типичным стал «сложный дефект», объединяющий симптомы РАС и нарушений интеллекта, сенсорные нарушения и ЗПР либо интеллектуальные нарушения, ЗПР или ТНР и нарушения сенсорной интеграции. Для психиатров и психологов это означает необходимость разработки индивидуальных гибких протоколов обследования, так как стандартные тесты часто не могут быть применены в полном объеме из-за поведенческих особенностей ребенка. Также, статистика ЦПМПК показывает, что в отдаленных районах области выявляемость нарушений происходит на 2–4 года позже, чем в областном центре. Это подчеркивает необходимость развития мобильных форм работы ЦПМПК и дистанционного консультирования для сокращения диагностического разрыва.

Интерпретация результатов требует учёта следующих ограничений:

1. Селективность выборки. Данные ЦПМПК фиксируют только тех детей, которые прошли процедуру направления и обследования. Нарушения у детей, не попавших в поле зрения комиссии, не учитываются.

2. Региональные особенности. В отдалённых районах выявляемость ниже на 2–4 года, что искажает общую картину распространённости.

3. Изменения в практике направления. Совершенствование диагностики РАС и ЗПР могло увеличить число направлений на ЦПМПК без реального роста заболеваемости.

4. Отсутствие данных по неохваченным группам. Не учтены дети, получающие помощь в частных клиниках, или семьи, отказавшиеся от прохождения комиссии.

Эти факторы могут приводить к недооценке реальной распространённости нарушений и смещению акцента на более тяжёлые случаи, требующие специализированной помощи

Таким образом, в Астраханской области по данным ЦПМПК фиксируется рост числа обращений по поводу сочетанных нарушений психического развития. Это может отражать как реальную динамику распространённости, так и повышение выявляемости за счёт совершенствования диагностики и

информированности специалистов. Эффективность работы комиссии напрямую зависит от междисциплинарного взаимодействия психиатров, психологов и логопедов, а также от своевременного внедрения современных инструментов клинико-психологической диагностики. Основные усилия должны быть направлены на раннее выявление нарушений развития (до 3 лет) и укрепление междисциплинарного взаимодействия между врачами-психиатрами и специалистами ПМПК

МОНИТОРИНГ НАРКОСИТУАЦИИ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ ЗА 2025 ГОД

Васильева Ю.В.

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

В соответствии со Стратегией государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2030 года, утверждённой Указом Президента Российской Федерации от 23 ноября 2020 года № 733, создана и функционирует на постоянной основе государственная система мониторинга наркоситуации в Российской Федерации.

В соответствии с Методикой и порядком осуществления мониторинга, а также критериями оценки развития наркоситуации в Российской Федерации и ее субъектах, утвержденной п. 4.3 протокола заседания Государственного антинаркотического комитета от 25 июня 2021 года № 48 (с изменениями и дополнениями от 26 декабря 2022 года – протокол № 51), постановлением Губернатора Забайкальского края от 30 июня 2022 года № 41 «О мониторинге наркоситуации в Забайкальском крае» в Забайкальском крае проводится ежегодный мониторинг наркоситуации.

Мониторинг осуществляется в целях определения состояния наркоситуации и масштабов незаконного распространения и потребления наркотиков в Забайкальском крае; выявления, прогнозирования и оценки угроз национальной безопасности, связанных с незаконным оборотом наркотиков и их прекурсоров; оценки эффективности проводимой в крае антинаркотической политики и формирования предложений по ее оптимизации.

В соответствии с Методикой и порядком осуществления мониторинга, ситуация, связанная с незаконным оборотом наркотиков в Забайкальском крае, оценивается по четырем последовательным критериям: «нейтральная», «напряженная», «предкризисная», «кризисная». Критерии оценки развития наркоситуации определяются по 10 оценочным показателям, 2 из которых относились к компетенции Министерства здравоохранения Забайкальского края.

По результатам мониторинга в 2025 году по показателю «Уровень первичной заболеваемости наркологическими расстройствами, связанными с употреблением наркотиков» ситуация в Забайкальском крае оценивается как «напряженная». По показателю «Смертность, связанная с острым отравлением наркотиками» ситуация в Забайкальском крае оценивается как «нейтральная».

В соответствии с данными мониторинга наркоситуации за 2025 год в Забайкальском крае зарегистрировано 5265 потребителей наркотических веществ, что в структуре всех наркологических расстройств составляет 21,9% (в 2024 году – 23,5%).

В структуре потребителей наркотических веществ: 83,8% - потребители каннабиноидов (гашиша), 5,6% - опийных наркотиков, 10,6% - психостимуляторы и другие наркотики.

На 01.01.2026 года в Забайкальском крае зарегистрировано 1398 человек с синдромом зависимости от наркотических веществ, что на 7 человек больше, чем в 2024 году. За 2025 год впервые зарегистрировано 99 человек с синдромом зависимости от наркотических веществ.

На 01.01.2026 года с пагубным употреблением наркотических веществ зарегистрировано 3867 человек, что на 225 человек меньше, чем в 2024 году (4092). В 2025 году впервые зарегистрировано 354 человек с пагубным употреблением наркотиков.

С учетом коэффициента латентности, количество потребителей наркотиков (лиц с пагубным употреблением наркотиков и пациентов с наркоманией) составляет более 6,5 тыс. чел.

Среди всех зарегистрированных потребителей наркотиков традиционно преобладает доля лиц мужского пола – 96,5% (2024 год – 96,8%).

В соответствии с данными мониторинга наркоситуации за 2025 год в Забайкальском крае показатель заболеваемости синдромом зависимости от наркотических веществ составил 10,1 на 100

тысяч населения, что ниже показателя за 2024 год на 4,7% (10,6), выше показателя по РФ (8,1) на 24,7%, ниже показателя по ДФО (12,1) на 16,5%.

Общая заболеваемость (болезненность) наркоманией в Забайкальском крае по сравнению с 2024 годом (141,3) увеличилась на 0,6% и составила в 2025 году 142,1. Данный показатель ниже показателя РФ (152,7) на 6,9% и на 26% ниже показателя ДФО (192,0).

Показатель заболеваемости пагубным употреблением наркотических веществ в сравнении с 2024 г. (45,9) снизился на 21,6% и составил в 2025 г. 36,0 на 100 тыс. населения. Данный показатель выше российского (11,4) в 3,1 раза, выше показателя по ДФО (30) в 1,2 раза.

Суммарный показатель общей заболеваемости (болезненности) наркоманией и пагубным употреблением наркотических в 2025 году по краю составил 535,2 на 100 тыс. населения (в 2024 г. – 557,0), превышает показатель по РФ (258,6) в 2 раза и показатель по ДФО (447,4) в 1,2 раза.

В 2025 году зарегистрировано 16 случаев смертельных отравлений наркотическими средствами и психотропными веществами (в 2024 г. - 12 случаев).

В 2025 году умерло 27 пациентов с синдромом зависимости от наркотических веществ. В сравнении с 2024 годом число лиц с наркоманией, снятых с наблюдения в связи со смертью, выросло на 28,6% (2024 г. – 21).

В 2025 году зарегистрировано 120 потребителей наркотических веществ, состоящих под наблюдением в наркологических учреждениях края, имеющих ВИЧ-позитивный статус, из них 45 – потребители инъекционных наркотиков. Зарегистрировано 259 потребителей наркотических веществ, имеющих позитивный статус по гепатиту С, из них 52 - потребители инъекционных наркотиков.

Стационарная медицинская реабилитация пациентов с наркологическими расстройствами оказывается на базе отделения медицинской реабилитации ГАУЗ «Забайкальский краевой наркологический диспансер» (ГАУЗ ЗКНД).

В 2025 году 35 пациентов с синдромом зависимости от наркотических веществ находилось на стационарной реабилитации (в 2024 году – 29), из них 31 успешно завершили реабилитацию.

Амбулаторная реабилитация наркологических пациентов оказывается в 31 кабинете врача психиатра-нарколога при центральных районных больницах, ГУЗ «Краевая больница № 3», ГАУЗ «Краевая больница № 4», а также в ГАУЗ ЗКНД.

В 2025 году 151 пациент с синдромом зависимости от наркотических веществ были включены в программы амбулаторной реабилитации, из них 64 успешно завершили реабилитационную программу (42,4% от числа включенных)

Показателями эффективности и качества наркологической помощи являются показатели ремиссии и снятия с наблюдения в связи с выздоровлением.

В 2025 году снято с учета в связи с длительным воздержанием 597 потребителей наркотических веществ, из них 94 пациента с наркоманией и 506 пациентов с пагубным употреблением наркотиков. Показатель снятия с наблюдения в связи с выздоровлением (длительным воздержанием) у пациентов с наркоманией снизился с 8,2 в 2024 году до 7,5 в 2025 году.

Учитывая сложившуюся наркологическую ситуацию в крае, с целью снижения потребления наркотических веществ населением, необходимо продолжать работу по следующим направлениям:

- обеспечить реализацию государственной программы Забайкальского края «Комплексные меры по улучшению наркологической ситуации в Забайкальском крае» с финансированием мероприятий Программы в полном объеме;
- продолжить профессиональную подготовку и переподготовку специалистов наркологической службы по специальностям «психиатрия-наркология», «психотерапия»;
- укреплять материально-техническую базу ГАУЗ ЗКНД, кабинетов врачей психиатров-наркологов медицинских организаций районов Забайкальского края;
- продолжить работу отделения медицинской реабилитации для лиц с наркологическими расстройствами ГАУЗ ЗКНД и совершенствовать медицинскую реабилитацию в амбулаторных условиях ГАУЗ ЗКНД и районах Забайкальского края;
- продолжить проведение профилактических медицинских осмотров обучающихся общеобразовательных организаций и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организаций высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ

- укреплять межведомственное взаимодействие по профилактике, лечению и реабилитации потребителей наркотических веществ.

МОНИТОРИНГ МЕРОПРИЯТИЙ ПО СНИЖЕНИЮ СМЕРТНОСТИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Викулова Е.А.

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

В 2018 году Министерство здравоохранения Российской Федерации организовало проведение мониторинга мероприятий по снижению смертности от основных причин с целью оперативного выявления недостатков в организации медицинской помощи населению и своевременного принятия управленческих решений по их устранению.

На территории Забайкальского края наркологической службой проводится мониторинг мероприятий по снижению смертности среди пациентов с наркологическими расстройствами с ежеквартальным предоставлением аналитической справки в адрес главного внештатного специалиста психиатра-нарколога Министерства здравоохранения Российской Федерации по Дальневосточному федеральному округу.

По результатам мониторинга смертности среди пациентов с наркологическими расстройствами в 2025 году отмечается отрицательная динамика в сравнении с 2024 годом.

В 2025 году отмечается увеличение числа умерших от отравлений алкоголем и его суррогатами на 58,3%, от отравлений наркотиками – на 71,4%. Общее число пациентов с наркологическими расстройствами, снятых с диспансерного наблюдения в связи со смертью в 2025 году увеличилось на 23,4%. Число пациентов с диагнозом «пагубное употребление алкоголя», снятых с диспансерного наблюдения в связи со смертью, увеличилось в 2,1 раза (с 18 человек в 2024 году до 38 человек в 2025 году). На 58,5% увеличилось число пациентов с диагнозом «пагубное употребление наркотиков», снятых с диспансерного наблюдения в связи со смертью.

Первичная заболеваемость наркологическими расстройствами в 2025 году имеет тенденцию к увеличению. Показатель заболеваемости всеми наркологическими расстройствами составил 309,9 на 100 тыс. населения, что на 2,8% выше соответствующего показателя 2024 года (301,4).

В 2025 году в Забайкальском крае работало 50 врачей психиатров-наркологов (физических лиц). Показатель обеспеченности населения врачами психиатрами-наркологами составил 0,51 на 10 тысяч населения (РФ 2024 г.- 0,32; ДФО – 0,42).

Все районы Забайкальского края укомплектованы врачами психиатрами-наркологами (в 18 районах наркологическую помощь оказывают врачи психиатры-наркологи, в 13 районах - врачи психиатры-наркологи-внешние совместители).

На 01.01.2026 года на территории края развернута 131 наркологическая койка круглосуточного пребывания (36 коек в 4 районах края и 95 коек на базе ГАУЗ ЗКНД) и 25 реабилитационных коек. Показатель обеспеченности населения наркологическими койками на 10 тыс. населения составил 1,33 (РФ 2024 г. - 1,25; ДФО – 1,66).

С целью повышения качества и эффективности оказания наркологической помощи населению Забайкальского края необходимо:

1. Продолжить профессиональную подготовку и переподготовку специалистов наркологической службы по специальностям «психиатрия-наркология», «психиатрия», «психотерапия».
2. Укреплять материально-техническую базу ГАУЗ ЗКНД, кабинетов врачей психиатров-наркологов медицинских организаций районов края.
3. Продолжить работу отделения медицинской реабилитации для лиц с наркологическими расстройствами ГАУЗ ЗКНД и совершенствовать медицинскую реабилитацию в амбулаторных условиях ГАУЗ ЗКНД и районах Забайкальского края.
4. Продолжить проведение профилактических медицинских осмотров обучающихся общеобразовательных организаций и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организаций высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПРЕХОДЯЩИХ СОСТОЯНИЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ЭКСПЕРТНОЙ ПРАКТИКЕ

Вицкая И.Н, Гусев А.Ю

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

В экспертной практике встречаются случаи, когда в силу комбинации определённых факторов и обстоятельств формируется фасад интеллектуально-мнестического снижения, который подвергается экспертной оценке в рамках уголовного либо гражданского делопроизводства. Следует помнить, что экспертная оценка психического состояния обследуемого проводится непосредственно в установленный законом ограниченный период времени, относящийся к производству заключения судебно-психиатрической экспертизы и не предусматривает ретроспективный анализ этой же ситуации по прошествии большего количества времени в рамках одного экспертного заключения. Для иллюстрации в данной статье представлен случай определения дееспособности одной подэкспертной в течение двух лет, наглядно показывающий необходимость проведения клинко-психиатрических обследований в рамках каждого отдельного делопроизводства для определения способности понимать характер и значение своих действий, реализации прав и обязанностей (в данном случае, гражданских прав и обязанностей, составляющих понятие о дееспособности).

Подэкспертная Д. 49 лет, проживающая в удаленном районе Забайкальского края, дважды была осмотрена на предмет определения её дееспособности.

Кратко из анамнеза жизни, социального статуса и анамнеза заболевания. Сведений об отягощенной наследственности нет, воспитывалась в полной семье, хорошо училась в школе, но специального образования не получила. Рано родила ребенка, проживая в фактических брачных отношениях. С 2022 года проживала в браке, муж погиб в 2025 году, смерть его и ранение сына переживала очень сильно. В 2009 году получила закрытую черепно-мозговую травму, в этом же году была инвалидизирована с определением 2 группы инвалидности. С этого же времени лечилась у невролога с диагнозами «травматическая болезнь головного мозга, энцефалопатия», затем – «хроническая ишемия мозга. Симптоматическая эпилепсия». Неврологу предъявлялись жалобы на головные боли, головокружение, нарушение зрения, ухудшение памяти, с 2013 года - на трудности понимания обращенной речи, в выражении своих мыслей, слабость, плаксивость, обидчивость. В 2010 году на МРТ обнаружена – ограниченная атрофия головного мозга слева, в 2011 году также на МРТ – признаки крупной кисты с глиозом в височной области слева (посттравматическая, последствия гематомы), состояние после оперативного лечения, трепанации черепа, викарная вентрикуломегалия слева, проявление энцефалопатии. В 2013 году при проведении определены МСКТ признаки демиелинизирующих процессов головного мозга. В 2020 году на МСКТ – кистозно-глиозная трансформация, множественные, гиподенсные очаги. Психиатром впервые была осмотрена в 2015 году (на МСЭ) с постановкой диагноза «Органическое непсихотическое расстройство вследствие ЧМТ. Корсаковский амнестический синдром».

В 2024 году была впервые осмотрена амбулаторной судебно-психиатрической экспертизой (здесь и далее – АСПЭ) с целью решения вопроса о её дееспособности. В описании психического состояния на тот период отмечено, что подэкспертная «...В контакте инертна, медлительна, астенизирована, бестолкова. Фон настроения несколько снижен с тревожным и апатическим радикалом. Продуктивность контакта снижена вследствие интеллектуально-мнестического снижения, нарушения понятийной сферы. Речь с явлениями афазии, не всегда последовательная и понятная. Отвечает после длительных пауз. Затруднена вербализация мыслей, подолгу подбирает подходящие слова, некоторые вспомнить не может. Предложения часто строит неправильно. Ответы не всегда в плане заданного. Требуется повторение вопросов, упрощение их формулировок... Цели обследования не понимает, понятие «дееспособность» не раскрывает. Сбор анамнестических сведений затруднён, предоставляет их в форме ответов на поставленные вопросы, поверхностно, непоследовательно, без указания дат... Внимание неустойчивое, истощаемое. Отмечаются признаки истощаемости психических процессов. Память, интеллект резко снижены. Предложенный текст прочитать не смогла, написать смогла только своё имя, может списывать с готового текста. Счётные операции не доступны... Эмоциональные и мимические реакции уплощены, невыразительны... К своему состоянию, ситуации критика снижена...». Дано заключение, что у обследуемой Д.

«обнаружены признаки слабоумия в форме «Деменции в связи со смешанными заболеваниями без дополнительных симптомов...» нуждается в постороннем уходе и надзоре, установлении опеки. По психическому состоянию не может правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, её участие в судебном заседании нецелесообразно...». Краткий анализ этого заключения указывает на обоснованность этих выводов с принятием во внимание органической предрасположенности к травматическому генезу, ограничения способности к трудоустройству и обучения с инвалидизацией, и характерный для грубого интеллектуально-мнестического снижения психический статус. После проведения экспертизы для переосвидетельствования инвалидности находилась в марте 2025 года на стационарном обследовании, где был выставлен диагноз «Органическое непсихотическое расстройство вследствие ЧМТ, умеренный психоорганический синдром, астенический вариант». При этом описание психического статуса (интеллект, память, внимание, понятийность) соответствуют описанию статуса в экспертизе, однако при этом даны пояснения, что подэкспертная «с домашними делами справляется, хотя затем сообщает, что пыталась сама топить печь, то «обожгла руки». Со слов помогают мама и соседка «Оля», ...Одежду самостоятельно не стирает... не исключено установочное поведение с желанием приукрасить имеющуюся симптоматику».

В марте 2026 года подэкспертная обратилась в суд с заявлением о признании ее дееспособной, что мотивировала тем, что «состояние ее здоровья значительно улучшилось, она может самостоятельно заботиться о себе, покупать продукты питания, предметы личной гигиены и прочее, сама готовит еду, стирает, убирается в квартире, полностью себя обслуживает. Ранее состояние ее здоровья ухудшилось в связи с мобилизацией мужа и заключения контракта сыном, поскольку она за них очень переживала. Сейчас мужа она похоронила, сына списали с военной службы по ранению, поэтому она успокоилась». **Вновь была осмотрена АСПЭ**, где описание её психического состояния приведено следующим образом: «... в контакт вступает охотно с инициативой, в целом он вполне продуктивен. На вопросы отвечает в рамках заданного, с желанием, иногда с паузой для продумывания ответа и в силу невыраженной инертности психики, иногда пытаюсь отводить субъективно неприятный опрос в отношении некоторых событий из жизни, в том числе особенностей характера, поступков в прошлом. В целом анамнестические сведения предоставляет последовательно с избирательной детализацией, указанием хронологии и непосредственно дат, ошибается периодически. Эмоции дифференцированы, выразительны с учетом легкой астении... Инструкции выполняет, понимает необходимость и цель освидетельствования, считает себя полностью «дееспособной», заявляя о необходимости адаптации к текущим жизненным ситуациям (вождение автомобиля, с чем справляется и обучение на соответствующую водительскую категорию, решение вопросов недвижимости, и т.п.), однако, критика к болезненным расстройствам из прошлого всё же неполная. Подэкспертная не допонимает тяжести течения заболевания, причинно-следственный механизм, отмечен компонент психологизации ранее перенесенных болезненных переживаний. Имеет место недостаточно восприятие внутренней картины болезни и ее осознание. Обследуемая описывает свое самочувствие, сообщает о контактах с матерью, сестрой, которая во всем поддерживает её... Пробу «отсчитывание» выполнить до конца не смогла в силу повышенной утомляемости, но справлялась без ошибок, рисованный тест РАТ выполнила с адекватным восприятием сюжета (хотя и неглубоким трактованием). Мышление последовательное, инертное умеренно, без признаков умственного дефекта, есть истощаемость. Доступно абстрагирование и опосредование в простом. Критика к своему состоянию и перенесенным в прошлом болезненным переживаниям неполная». В выводах данной экспертизы выставлен диагноз «Другое органическое непсихотическое расстройство в связи с травмой головного мозга», отмечено, что «... В условиях получения необходимой терапии, изменения условий функционирования, отмечена положительная динамика с восстановлением адаптивных способностей подэкспертной, что было подтверждено стационарно с верификацией диагноза в сторону непсихотического расстройства, так и настоящим психиатрическим освидетельствованием, при котором выявлен продуктивный контакт с подэкспертной, выразительность и адекватность поведения, отсутствие выраженного интеллектуально-мнестического снижения, при колебаниях внимания, повышенной утомляемости, а также демонстративные личностные проекции, указывающего на относительную сохранность подэкспертной. Имеющиеся у Д. изменения психики со способностью действовать под контролем окружающих, не препятствуют ей понимать значение своих действий и руководить ими лишь при

помощи других лиц».

Сравнительный анализ обоих экспертных заключений указывает, с одной стороны, на обоснованность выводов каждой из экспертиз; а с другой - наглядно демонстрирует, что изначально, казалось бы, необратимое грубое снижение интеллектуально-мнестической деятельности вследствие травмы головы, явилось нестойкой симптоматикой в рамках органического расстройства с обратным развитием до степени частичного восстановления дееспособности подэкспертной (ограниченная дееспособность), что и было зафиксировано заключениями амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз.

ПОКАЗАТЕЛИ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЁЖИ

Воронова Е.А., Жилина А.О., Перфильева Д.В., Притчина К. Г., Тимкина О.А., Чойдорова А.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Психическое здоровье студенческой молодёжи является важным условием успешного обучения и профессионального становления. Период обучения в вузе сопряжён с воздействием высоких учебных нагрузок, изменением привычного образа жизни. При недостаточности личностных ресурсов и защитных механизмов психики длительное воздействие стрессовых факторов может приводить к развитию психических расстройств. Жизнестойкость, как важная личностная характеристика, связана с возможностью преодоления стрессовых событий и сохранением психического здоровья личности. Изучение уровня жизнестойкости и её компонентов у студентов приобретает особую актуальность с целью своевременного выявления групп риска и разработки профилактических мероприятий.

Цель работы. Оценить состояние психического здоровья и уровень жизнестойкости студентов Читинской государственной медицинской академии.

Материалы и методы. Сплошным методом было проведено анонимное анкетирование студентов 2 и 4 курсов лечебного, стоматологического и педиатрического факультетов Читинской государственной медицинской академии. Всего в исследование было включено 57 респондентов. Средний возраст составил 21 ± 4 года. Протестировано 28,1 % юношей и 71,9% девушек. Данная работа осуществлялась с помощью психологического опросника «Тест жизнестойкости» Д.А. Леонтьева, позволяющего оценить общий уровень жизнестойкости, а также выраженность её компонентов: вовлечённости, контроля и принятия риска. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета анализа Microsoft Excel.

Результат: в результате анализа данных, полученных по тесту жизнестойкости, установлено, что у 57 % обследованных студентов показатели общего балла жизнестойкости соответствуют среднему уровню, что характеризует достаточную способность этих студентов справляться со стрессовыми ситуациями. У 38% обследованных выявлен высокий уровень жизнестойкости, свидетельствующий о хорошо развитой системе убеждений, позволяющей эффективно преодолевать трудности и воспринимать негативные события как полезный опыт. У 5% студентов зафиксирован низкий уровень жизнестойкости, что может указывать на недостаточность психологических ресурсов для совладения со стрессом и повышенный риск возникновения психогенных расстройств.

Анализ отдельных компонентов жизнестойкости показал, что по шкале вовлечённости у 66% респондентов показатели соответствуют среднему уровню, у 30% высокому, а у 4% выявлен низкий уровень. Данные результаты свидетельствуют о том, что большинство студентов получают удовольствие от собственной деятельности и проявляют интерес к происходящему, однако небольшая часть опрошенных испытывает чувство отстранённости и пассивности. У 32 % отмечается высокий уровень контроля, характеризующийся убежденностью, что человек сам выбирает собственную деятельность, ставит жизненные цели и пытается их реализовать. Средний уровень контроля выявлен у 63% студентов, 5% студентов имеют низкий уровень контроля и отмечают ощущение беспомощности и склонность к избеганию решения проблем. Наименее выраженным компонентом жизнестойкости оказалось принятие риска: средний уровень зафиксирован у 70% опрошенных, высокий уровень принятия риска у 21%, тогда как у 9% данный показатель оказался низким. Это говорит о том, что значительная часть студентов в меньшей степени склонна воспринимать

жизненные трудности как источник опыта и предпочитает избегать ситуаций неопределённости, испытывая чувство раздражительности по поводу резких перемен.

Вывод. Проведённое исследование показало, что среди обследованных студентов преобладают средние и высокие показатели общей жизнестойкости (57% и 38% соответственно), что свидетельствует о достаточно хорошем уровне психологической устойчивости студентов, участвующих в обследовании. В структуре компонентов жизнестойкости наименее развитым оказался критерий шкалы «принятие риска». Наличие студентов с низким уровнем жизнестойкости и отдельных её компонентов указывает на необходимость проведения целенаправленной психопрофилактической работы. Полученные результаты позволяют рекомендовать внедрение программ психолого-педагогического сопровождения, направленных на развитие компонентов жизнестойкости, а также на формирование активных копинг-стратегий и укрепление психического здоровья студенческой молодёжи.

ПРОГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ ПЕРЕМЕННЫЕ ВКЛЮЧЕНИЯ В ГРУППУ РИСКА ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ЛИЦ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Галанина Н.А., Розанов И.А., Проничева М.М., Дубинский А.А.

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского, Москва, Россия

В последние годы выявлен рост заболеваемости аффективными расстройствами. К 2022 году первичная заболеваемость аффективными непсихотическими расстройствами составила 11,2 на 100 тыс. населения (Шпорт С.В., Макушкина О.А., 2023). Лица с аффективными расстройствами входят в группу повышенного суицидального риска (Васильева С.Н., Симуткин Г.Г. и др., 2022; Hu F.-H. et al, 2023), развития коморбидных зависимостей (de Azevedo Cardoso T., 2022; Oladunjoye A.F. et al., 2022) и нарушений социальной адаптации в виде потери социальных связей и статуса (Michalak E.E., 2013; Pal A., Sharan P., Chadda R.K., 2017), стигматизации, самостигматизации (Cabello M., 2020; Schofield S.A. et al, 2025).

В условиях макросоциальных стрессовых событий риск социальной дезадаптации лиц с аффективными расстройствами может усиливаться, поскольку сочетание эндогенной предрасположенности и внешнего стрессового давления создает предпосылки для нарушения барьера психической адаптации – центрального регуляторного механизма, предохраняющего психику от дезинтеграции (Александровский Ю.А., 2010).

Согласно концепции Ю.А. Александровского, социально-стрессовые расстройства формируются под влиянием хронически действующих психогенных факторов, приводящих к постепенной дезорганизации привычного жизненного стереотипа, утрате прежней системы ценностных ориентаций и возникновению состояния онтологической неустроенности (Александровский Ю.А., 2024).

Ключевым механизмом, опосредующим связь между макросоциальным стрессом и дезадаптацией при аффективных расстройствах, выступает ценностно-смысловая сфера личности. В условиях повышенной стрессогенности ценностно-смысловая регуляция может утрачивать свою системообразующую функцию (Розанов И.А., 2025). Усиление переживаемого стресса у лиц с симптомами тревоги и депрессии может быть ассоциировано с рассогласованием декларируемых и реализуемых ценностей (Abe K., Nagano S., 2025). При этом коррекция образа жизни пациента согласно разделяемым ценностям позволяет сохранить и укрепить психическое здоровье (Télliez M., García Y., 2025).

Цель исследования. Выявление прогностически значимых психологических, индивидуально-типологических, клиничко-патопсихологических и социально-демографических переменных включения в группу риска психической дезадаптации у лиц с аффективными расстройствами.

Материалы и методы. Выборку исследования составили 69 лиц с аффективными расстройствами (из них 37 женщин), $M = 32,85 \pm 11,80$ лет, проходящих стационарное лечение в МНИИП, филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России и в КРЦ «Хмолино», филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. Обследуемым были установлены следующие

диагнозы: биполярное аффективное расстройство ($n = 32$), рекуррентное депрессивное расстройство ($n = 26$), депрессивный эпизод ($n = 8$), циклотимия ($n = 2$), дистимия ($n = 1$). Все обследуемые заполняли информированное согласие на участие в исследовании.

Для исследования ценностно-смысловой регуляции обследуемым была предложена методика выбора ценностей, расположенных путем чередования в опроснике из 24 ценностей, основанная на методе выявления базовых ценностей В.Г. Асеева (Бульгина В.Г. и др., 2022). 24 предложенных ценности разделены на 2 группы (социальные и антисоциальные), в каждую из которых входит по 12 ценностей. Для анализа были использованы 10 базовых ценностей – то есть 10 таких ценностей, которые обследуемый разделяет и которых, как правило, придерживается в своей жизни, и 3 нормативно-незаменимых ценности – то есть 3 таких ценности, отбираемые из 10 базовых, от которых обследуемый не откажется ни при каких обстоятельствах. Также в исследовании был использован метод семантического дифференциала Ч.Осгуда в виде 18 биполярных шкал, распределенных по факторам оценки (Е), силы (Р) и активности (А), для анализа 10 базовых ценностей, представленных в словесной и визуальной форме, на предмет выявления их близости к истинному Я. Для выявления близости к истинному Я было рассчитано евклидово расстояние (CD). Истинное Я представляет собой калибровочный стимул-понятие «такой, каким я являюсь на самом деле», оцениваемое по тем же шкалам семантического дифференциала, что и стимулы-ценности. Оценка словесных стимулов-ценностей позволяет определить структуру словесно-логического уровня ценностно-смысловой регуляции. Оценка визуальных стимулов-ценностей позволяет определить структуру эмоционально-образного уровня ценностно-смысловой регуляции. Близкими к Я являются те ценности, евклидово расстояние от которых до калибровочного стимула не превышает 9,1 на словесно-логическом уровне ценностно-смысловой регуляции и 12,1 на эмоционально-образном уровне.

С учетом близости ценности к Я на различных уровнях ценностно-смысловой регуляции, а также количества выбираемых антисоциальных нормативно-незаменимых и базовых ценностей, путем сложения критериев А, Б, В и Г был рассчитан уровень риска психической дезадаптации.

Критерий А – выбор ≥ 5 антисоциальных ценностей из списка 10 базовых ценностей); критерий Б – выбор ≥ 2 антисоциальных ценностей из 3 нормативно-незаменимых; критерий В – наличие ≥ 3 антисоциальных ценностей с евклидовым расстоянием $CD < 9,1$; критерий Г – наличие ≥ 3 антисоциальных ценностей с $CD < 12,1$. Если результаты обследуемого удовлетворяют 0 или 1 критерию, обследуемый входит в группу низкого риска, любым 2 критерию – умеренного риска; любым 3 критерию – среднего риска; всем 4 критерию – выраженного риска.

Клинико-психопатологические данные (возраст начала заболевания, длительность предыдущей госпитализации, опыт употребления ПАВ, наличие суицидальных мыслей и попыток, уровень суицидального риска, длительность приема фармакотерапии, количество перенесенных аффективных эпизодов и т.п.) были получены путем анализа медицинской документации и клинической беседы с пациентом.

Особенности самоконтроля, социальной фрустрированности, легитимизации агрессии, саморегуляции и уровня психологического стресса были исследованы с помощью следующих методик: «Самоконтроль» Х.Грасмика, «Легитимизация агрессии» С.Н. Ениколопова, С.П. Цибульского, «Уровень социальной фрустрированности» (в адаптации В.В. Бойко), «Стиль саморегуляции поведения» Моросановой В.И. Все описанные методики, за исключением «Стиля саморегуляции поведения» были представлены в компьютеризированной форме (ПО для ЭВМ «Программа для оценки риска социальной напряжённости и социально-агрессивного поведения (регистрационный номер 2025687721)»).

Результаты. Для общей выборки пациентов с аффективными расстройствами значимыми являются:

1) Для лиц со средним риском психической дезадаптации: высокая социальная фрустрированность, средние показатели по шкале «Самостоятельность», более низкий уровень образования и большая ($> 3,5$ лет) длительность заболевания на момент обследования, длительность фармакологического лечения от 2,5 недель и меньше. Равную по объему группу составили лица с низким общим уровнем саморегуляции и большей длительностью фармакотерапии.

2) Для лиц с умеренным риском психической дезадаптации: длительность фармакотерапии 2,5 недель и меньше на момент обследования, низкие показатели по шкале «Моделирование», но средние

– по шкале «Самостоятельность», большая длительность заболевания >3,5 лет, и более высокий уровень образования.

Для пациентов с БАР прогностически значимыми переменными являются следующие:

1) Для лиц с умеренным риском психической дезадаптации: низкая самостоятельность, поздний возраст начала заболевания, меньшее количество перенесенных аффективных эпизодов и наличие суицидального риска.

2) Для лиц со средним риском психической дезадаптации: высокая самостоятельность, поздний возраст начала заболевания, меньшее количество перенесенных аффективных эпизодов и наличие суицидального риска.

Для пациентов с РДР прогностически значимыми переменными включения в группу умеренного риска психической дезадаптации выступили больший срок предыдущей госпитализации и низкие показатели гибкости при развитой самостоятельности.

Выводы. Таким образом, у пациентов с выраженным риском психической дезадаптации снижение регуляторной гибкости, то есть способности менять программу действий в зависимости от изменяющихся условий, сочетается с высокой самостоятельностью. Звено саморегуляции, ответственное за построение плана действия, сохранно, но реагирование на обратную связь дефицитарно. Значимость клинических данных требует дифференциации программ психореабилитационной работы с лицами, имеющими разные типы заболеваний аффективной группы, а также индивидуализации тактики работы с учетом длительности заболевания и фармакотерапии, наличия суицидального риска, уровня полученного образования. Однако основной мишенью работы для всех групп лиц с аффективными расстройствами может выступить развитие саморегуляции.

ОБ УЧАСТИИ ЗРОО «АССОЦИАЦИЯ НАРКОЛОГОВ ЗАБАЙКАЛЬЯ» В РЕАЛИЗАЦИИ ИНФОРМАЦИОННЫХ ПРОЕКТОВ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ

Гармаева М.В.

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Все большей угрозой для человечества в настоящее время являются социально значимые заболевания. Употребление алкоголя и наркотиков вносят весомый вклад в преждевременную смертность населения в трудоспособном возрасте не только опосредованно (через формирование соматических, онкологических) заболеваний, но и непосредственно, являясь прямыми причинами смертей от отравлений, острых психотических состояний, гибели в пожарах, утоплений, травм, дорожно-транспортных происшествий.

Одной из приоритетных задач в повышении качества жизни российских граждан является задача по снижению уровня заболеваемости алкоголизмом и наркоманией, обеспечению доступности современного здравоохранения, в том числе и наркологической помощи.

В связи с масштабностью задач и трудностью их реализации во всем мире возрастает роль так называемого «третьего сектора» - совокупности общественных негосударственных организаций, занимающих свою нишу в сфере социальных услуг, организующих свою работу как на коммерческой, так и в рамках целевой благотворительности.

Органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации предусмотрено расширение и совершенствование поддержки социально ориентированных некоммерческих организаций (СОНКО), оказывающих населению услуги в сфере охраны здоровья граждан.

В Забайкальском крае с 2016 года начала свою деятельность Забайкальская региональная общественная организация «Ассоциация наркологов Забайкалья». Сегодня ее членом является 64 врача психиатра-нарколога. Основной целью организации является стремление к повышению профессионального уровня специалистов, работающих в области наркологии и психиатрии, обеспечение их прав и интересов; профилактика незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, наркомании и алкоголизма; содействие совершенствованию всех видов наркологической помощи, повышению ее качеств, укреплению правовых и этических аспектов

работы с наркологическими больными, защиты их прав и законных интересов.

В 2020–2025 гг. ЗРОО «Ассоциация наркологов Забайкалья» приняла участие в конкурсах на предоставление субсидии из федерального бюджета и бюджета Забайкальского края на реализацию регионального проекта «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек (Забайкальский край)».

Члены ЗРОО «Ассоциация наркологов Забайкалья» разработали шесть Проектов, которые были реализованы на территории Забайкальского края в 2020-2025 годах.

Решением конкурсной комиссии Министерства здравоохранения Забайкальского края ЗРОО «Ассоциация наркологов Забайкалья», заняв третье место в конкурсе среди социально ориентированных некоммерческих организаций, в 2020 году получила субсидии из федерального бюджета на реализацию комплекса профилактических мероприятий к Всероссийскому дню трезвости – 11 сентября в рамках проекта «Вместе в трезвое завтра» в сумме 1124700,0 руб.

В рамках проекта «Вместе в трезвое завтра» на площади им. Ленина г. Читы члены ЗРОО «Ассоциация наркологов Забайкалья» совместно с сотрудниками УГИБДД УМВД России по Забайкальскому краю, РОО «Трезвое Забайкалье», представителями Читинской епархии, студентами волонтерского отряда ЧГМА провели профилактические акции «Трезво жить здорово!» и «Трезвым по дороге жизни!».

В преддверии акции выпущены 2 видео и радио-ролика, разработано и растиражировано 9000 экземпляров буклетов профилактической тематики. Прошли выступления на радио «FM», радио «Маяк», радио «Россия». Изготовлено 2250 экземпляров информационных закладок, 200 тематических плакатов по профилактике алкоголизма, 1000 значков и 1000 флажков с лозунгами: «Трезвая семья», «Трезвость - норма жизни!», «Трезвость-выбор сильных!», «Живи трезво!».

В 2020 г. ЗРОО «Ассоциация наркологов Забайкалья» получила денежные средства из регионального бюджета в соответствии с запланированным размером (субсидии) в сумме 250 тыс. руб. Данные денежные средства потрачены на изготовление наглядной информационной продукции для проведения профилактических мероприятий.

В 2021 году ЗРОО «Ассоциация наркологов Забайкалья» представила на конкурс социально ориентированных некоммерческих организаций проект «Счастливая жизнь без наркотиков», в который входит комплекс профилактических мероприятий, направленных на пропаганду здорового образа жизни и профилактику употребления психотропных и наркотических средств среди молодежи и взрослого населения Забайкальского края. По итогам конкурсного отбора Ассоциация, заняв второе место в конкурсе, получила денежные средства из федерального бюджета в сумме 500 тыс. руб.

В рамках данного проекта 26 июня 2021 года в г. Чите в парке «ОДОРА» проведена уличная массовая акция - «Сохрани свое счастливое завтра!». По городским маршрутам в течение июня месяца курсировал троллейбус, оформленный к Международному дню борьбы с наркоманией и незаконным оборотом наркотиков. Совместно с ГТРК «Чита» организованы съемки 2-х видеороликов антинаркотической направленности.

В 2021 г. ЗРОО «Ассоциация наркологов Забайкалья» получила денежные средства из регионального бюджета в сумме 250 тыс. руб. Данные денежные средства потрачены на изготовление 6 видеороликов для проведения большой информационной кампании для родителей и подростков по профилактике употребления наркотических веществ.

Реализация данных профилактических проектов позволила повысить уровень информированности населения Забайкальского края в вопросах трезвого образа жизни и мотивацию к отказу от вредных привычек.

В 2022 году ЗРОО «Ассоциация наркологов Забайкалья» вновь приняла участие в конкурсе и представила информационный проект «Код Забайкалья-Трезвость!». По итогам конкурсного отбора Ассоциация, заняв второе место в конкурсе, получила денежные средства из федерального бюджета в сумме 1919тыс. руб.

Проект «Код Забайкалья – Трезвость!» включает в себя трансляцию информационно-профилактических видеороликов на больших светодиодных экранах г. Читы, трансляцию аудиороликов и информационных сюжетов на радиостанциях «Русское Радио» и «Серебряный дождь» для районов Забайкальского края; установку уличных баннеров в г. Чите с тематикой по вопросам профилактики вредных привычек и здорового образа жизни; курсирование

брендированного троллейбуса к Всероссийскому дню трезвости – 11 сентября по маршрутам г. Читы; распространение информационного наглядного материала по профилактике табакокурения, алкоголизма и наркомании среди населения края.

В 2023 году ЗРОО «Ассоциация наркологов Забайкалья» приняла участие в конкурсе социально ориентированных некоммерческих организаций с проектом «Счастливая жизнь без наркотиков!». По итогам конкурсного отбора Ассоциация, заняв третье место в конкурсе, получила денежные средства из федерального бюджета в сумме 1064866,4 руб.

В рамках проекта «Счастливая жизнь без наркотиков» проведена уличная массовая акция - «Сохрани свое счастливое завтра!», организована раздача наглядных информационных материалов по профилактике наркомании (буклеты, памятки, листовки). Также в рамках проекта «Счастливая жизнь без наркотиков» транслировались профилактические видеоролики на больших светодиодных экранах г. Читы, аудиоролики и информационные сюжеты на радиостанциях. На улицах г. Читы установлены баннеры с тематикой по вопросам профилактики вредных привычек и ведению здорового образа жизни.

В 2024 году ЗРОО «Ассоциация наркологов Забайкалья» получила денежные средства из регионального бюджета в сумме 2454459 тыс. руб. На конкурсе был представлен проект «Автотрезвость», по итогам которого Ассоциация заняла первое место в конкурсе социально ориентированных некоммерческих организаций.

Каждый год на дорогах России погибают более 20000 человек, из них около 4000 тысяч – в результате аварий, связанных с вождением в нетрезвом состоянии. Такие ДТП, составляя в некоторых регионах нашей страны до 16% от общего числа зачастую сопровождаются очень тяжелыми последствиями.

В рамках проекта «Автотрезвость» цель профилактики – свести к минимуму случаи управления транспортным средством в нетрезвом состоянии среди потенциальных и начинающих водителей путем предоставления дополнительных знаний, влияющих на сознание, отношение и поведение, а также путем повышения нетерпимости всех пользователей дорог к управлению транспортным средством в состоянии опьянения.

В 2025 году ЗРОО «Ассоциация наркологов Забайкалья» с социальным проектом «Автотрезвость. Безопасные дороги Забайкалья» победила в конкурсе среди социально ориентированных некоммерческих организаций региона и получила субсидию на реализацию проекта в размере 355000 тыс. руб. Специалисты наркологического диспансера совместно с членами Ассоциации наркологов Забайкалья реализовали социально значимый проект, в рамках которого на оживлённом участке федеральной трассы Чита - Арахлей были установлены информационные билборды с социальными призывами: «Ни капли за рулём» и «Трезвые рулят». Проект реализовывался с сентября по декабрь. В этот период количество транспортных средств, проследовавших мимо билбордов, составило более 322 тысяч.

В 2026 году ЗРОО «Ассоциация наркологов Забайкалья» подготовила социальный проект «Трезвая беременность-здоровое будущее». Данный проект предусматривает создание и трансляцию коротких видеороликов в зонах ожидания женских консультаций, перинатальных центров с яркими, эмоциональными, запоминающимися сюжетами о вреде употребления алкоголя во время беременности. Также среди задач проекта - привлечение внимания общественности и медицинского сообщества к проблеме пренатального алкогольного поражения плода, формирование культуры ответственного материнства и полного отказа от алкоголя на время беременности и грудного вскармливания. Реализация проекта предусмотрена на территории г. Читы, а в перспективе – и в районах края.

Таким образом, ЗРОО «Ассоциация наркологов Забайкалья», находясь в тесной взаимосвязи с Забайкальским краевым наркологическим диспансером, средствами массовой информации, научно-образовательными и физкультурно-спортивными учреждениями и другими заинтересованными учреждениями и ведомствами, оказывает помощь в решении вопросов профилактики наркологических расстройств среди населения Забайкальского края. Такое взаимодействие открывает доступ к различным целевым аудиториям, и имеет целью совершенствование существующей системы наркологической помощи населению.

**АМБУЛАТОРНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ В ГАУЗ «ЗАБАЙКАЛЬСКИЙ КРАЕВОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ
ДИСПАНСЕР»**

Горковенко Л.М.

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Амбулаторная реабилитация является одним из этапов комплексного лечебно-реабилитационного процесса и представляет собой комплекс медицинских, психологических, социальных, образовательных и трудовых мер, направленных на восстановление и формирование социально приемлемых поведенческих, личностных и социальных качеств пациента с наркологическими расстройствами, полноценного функционирования в обществе без употребления психоактивных веществ. Этот этап рассматривается как поддерживающий (этап долечивания) после стационара.

Амбулаторная реабилитация пациентов наркологического профиля в ГАУЗ «Забайкальский краевой наркологический диспансер» осуществляется на базе диспансерного отделения бригадой специалистов: врачом психиатром-наркологом, медицинскими психологами, специалистом по социальной работе.

Амбулаторная реабилитация относится к виду специализированной медицинской помощи, оказывается в плановом порядке и включает комплексное применение лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов.

Программа рассчитана на 6 месяцев, включает в себя комплекс различных мероприятий: проведение первичной психодиагностики при поступлении на амбулаторную реабилитацию и по окончании программы, определение уровня реабилитационного потенциала, индивидуальные и групповые занятия, проведение лекций, бесед, тренингов, назначение и контроль выполнения домашних заданий, демонстрация наглядного материала.

Первый этап амбулаторной реабилитации называется мотивационно-адаптационный. Его продолжительность составляет 1 месяц. Преимущественной формой работы на мотивационно-адаптационном этапе является определение показаний к амбулаторной реабилитации, определение уровня реабилитационного потенциала. Результатом становится разработка индивидуального психотерапевтического плана, который осуществляет врач психиатр-нарколог амбулаторной реабилитации в тесном контакте со специалистами полипрофессиональной бригады.

Второй этап - интеграционный (стадия личностной реконструкции). Он представляет собой стадию интенсивных лечебно-реабилитационных мероприятий, включающую медицинский, психологический, психотерапевтический и социальный аспекты. Мероприятия данного этапа направлены на максимально возможное восстановление физического и психического состояния пациентов, коррекцию или формирование позитивных личностных изменений, нормативных личностных и социальных качеств, конструктивных личностных установок и нравственных ценностей, укрепление внутреннего ресурса, восстановление семейных отношений. Работа реализуется в индивидуальной и групповой, а при возможности и по показаниям, в семейно-супружеской формах психотерапии. Продолжительность данного этапа составляет 3 месяца.

Третий этап - стабилизационный. Психотерапевтические мероприятия этого этапа направлены на подготовку к снятию с диспансерного наблюдения и созданию условий для лучшей адаптации в социальной среде. Конечной целью этого этапа является восстановление и стабилизация физического и психического состояния больного, восстановление, коррекция или формирование нормативных личностных качеств больных, возвращение их в семью и общество. Продолжительность данного этапа составляет 2 месяца.

При прохождении реабилитационных мероприятий осуществляется комплексный подход в лечении больных. Для осуществления комплексного биопсихосоциального подхода в диспансерном отделении ГАУЗ ЗКНД создана полипрофессиональная бригада специалистов, включающая врачей психиатров-наркологов, врача психиатра-нарколога амбулаторной реабилитации, врача психиатра-нарколога подросткового кабинета, медицинских психологов, специалиста по социальной работе, специалистов кабинета профилактики наркологических расстройств. В амбулаторной реабилитации так же принимают участие консультанты из сообществ «Анонимные Алкоголики», «Анонимные Наркоманы», «Анонимные Курильщики».

За весь период работы кабинета амбулаторной реабилитации реабилитационную программу прошли более 2000 пациентов. Это лица, направленные по линии КДН и ЗП, по суду, а также после стационарного лечения в отделениях № 1 и № 2 ГАУЗ ЗКНД. За период 2022–2025 гг. на амбулаторную реабилитацию направлено 1622 человека, из них успешно завершили амбулаторную реабилитацию 1109 человек (68,4%). В 2025 г. направлено на амбулаторную реабилитацию 444 человека, из них 11 человек после выписки из отделения медицинской реабилитации, 69 человек по линии КДН и ЗП, 190 человек по суду (ст.73 УК РФ, ст. 6.9 КоАП РФ). Из них успешно завершили амбулаторную реабилитацию – 57 человек, прервали – 45. Остальные лица продолжают реабилитационные мероприятия.

Таким образом, амбулаторная реабилитация пациентов с наркологическими расстройствами является этапом комплексного лечебно-реабилитационного процесса, направленный на максимальное восстановление и формирование социально приемлемых поведенческих, личностных и социальных качеств пациента с наркологическими расстройствами, полноценного функционирования в обществе без употребления психоактивных веществ.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ БЕЗДОМНОСТИ

Горькая Ж.В.

Российский государственный социальный университет, Москва, Россия

Бездомность традиционно рассматривается как социально-экономическая проблема, ассоциируемая с отсутствием жилья, материальной нестабильностью и маргинализацией. Однако в современной клинической и социальной психологии всё более отчетливо признаётся, что бездомность представляет собой сложное, многоуровневое явление, имеющее выраженные психологические и клинические измерения. Она затрагивает глубинные структуры личности - идентичность, базовое доверие к окружающим, субъективное переживание благополучия, способность к построению и поддержанию социальных связей. В этом контексте особую значимость приобретает анализ факторов, препятствующих устойчивой ресоциализации лиц с опытом длительной бездомности. Возврат к самостоятельному, социально одобряемому образу жизни определяется не столько наличием материальных ресурсов и формальным предоставлением жилья, сколько состоянием когнитивной, эмоционально-личностной и коммуникативной сфер человека, пережившего хроническую социальную исключённость.

Целью работы является систематический анализ социально-психологических барьеров ресоциализации лиц с опытом бездомности – с обязательным учётом клинических последствий, возникающих вследствие длительного пребывания в условиях депривации. Особое внимание в рамках данного анализа уделяется тем устойчивым психологическим изменениям, которые формируются на пересечении нескольких патогенных факторов: хронической социальной депривации (лишение не только материальных, но и эмоционально-коммуникативных ресурсов), психотравматизации (в том числе повторяющейся), соматического неблагополучия (нередко осложнённого отсутствием систематической медицинской помощи) и нарушенного, часто антагонистического взаимодействия с социальной средой (включая институты помощи, правоохранительные органы и общество в целом).

К числу наиболее значимых и трудно преодолимых барьеров на пути ресоциализации лиц с опытом бездомности относится выраженная социальная стигматизация. Она действует на двух уровнях: внешнем (негативные установки со стороны общества, дискриминация, избегание) и внутреннем (интериоризация негативных общественных оценок, формирование стыда, чувства собственной «ненадёжности»). Результатом становится устойчивое снижение базового доверия как к отдельным людям, так и к социальным институтам в целом. На фоне переживания хронического отвержения у многих формируется стойкая установка на избегание официальных структур помощи - приютов, центров социального обслуживания, медицинских учреждений. Данное избегание часто ошибочно интерпретируется как «нежелание» меняться, тогда как в действительности оно является следствием многократно неподтверждённых ожиданий поддержки и защитной психологической адаптации к травматичному опыту.

Помимо социально-перцептивных искажений, длительная бездомность нередко сопровождается клинически значимыми когнитивными нарушениями. В ходе эмпирических наблюдений и клинических интервью фиксируются такие проявления, как снижение концентрации и устойчивости внимания, повышенная психическая истощаемость при решении даже повседневных задач, ухудшение кратковременной и оперативной памяти, а также выраженные трудности в сферах планирования, прогнозирования последствий собственных действий и принятия решений в ситуации множественного выбора. Указанные когнитивные дефициты существенно затрудняют взаимодействие человека с опытом бездомности с системой социальной помощи: осложняется понимание письменных и устных требований социальных служб, соблюдение ранее достигнутых договорённостей, восстановление и оформление удостоверяющих документов, удержание мотивационной направленности в длительных программах социального сопровождения, а также последовательное, этапное движение по индивидуальному реабилитационному маршруту. Без учёта этих когнитивных ограничений большинство стандартных интервенций оказываются малоэффективными или вовсе недоступными для адресата.

Не менее глубокими, а зачастую и более устойчивыми во времени являются изменения в личностной сфере. Хроническое, длящееся годами пребывание в ситуации социальной исключённости закономерно способствует формированию феномена выученной беспомощности: человек перестаёт воспринимать связь между собственными усилиями и изменениями жизненной ситуации. Закрепляется внешний локус контроля - убеждённость в том, что всё происходящее определяется внешними, не подвластными индивиду силами (судьбой, произволом чиновников, случайностью). На этом фоне закономерно снижается самоэффективность, то есть субъективная уверенность в способности достичь поставленной цели. В эмоционально-личностном облике могут наблюдаться два противоположных, но одинаково дезадаптивных паттерна: эмоциональное уплощение, апатия и сужение аффективного репертуара - либо, напротив, хроническая аффективная напряжённость, настороженность, подозрительность и враждебность по отношению к окружающим.

У части лиц с опытом длительной бездомности выявляются также ригидность поведенческих стратегий (неспособность гибко реагировать на меняющиеся условия, навязчивое повторение ранее неэффективных паттернов поведения), глубокая деформация представлений о себе и других (например, стабильное восприятие себя как «выброшенного из жизни» и всех представителей социума как потенциально опасных), значительное сужение временной перспективы вплоть до полной утраты образа желаемого будущего. Подобные личностные трансформации критически снижают готовность принимать предлагаемую помощь (даже при объективной нуждаемости в ней) и практически блокируют возможность восстановления устойчивой, непротиворечивой и позитивной социальной идентичности.

Дополнительным, зачастую недооцениваемым фактором риска при длительной бездомности выступает развёрнутый опыт психотравматизации. В анамнезе данной категории лиц нередко фигурируют эпизоды физического, сексуального или эмоционального насилия (как в детском, так и во взрослом возрасте), глубокая семейная дезадаптация, аддиктивные расстройства (зависимость от алкоголя, психоактивных веществ) у самого человека или его ближайших родственников, внезапная утрата жилья и всех социальных связей, потеря документов, а также многократный опыт отвержения со стороны тех, от кого ожидалась поддержка. На этом клинически отягощённом фоне могут существенно усиливаться тревожные, депрессивные и астенические проявления, нарушения произвольной саморегуляции и поведенческого контроля. С клинико-психологической точки зрения это означает, что помощь не может ограничиваться предоставлением жилья и социальной поддержкой. Возникает настоятельная необходимость в проведении дифференцированной психологической диагностики когнитивного функционирования (включая оценку управляющих функций), эмоционального состояния (уровень тревоги, депрессии, признаки посттравматического стрессового расстройства) и личностных ресурсов (сохранённые зоны, точки опоры, мотивационные предпосылки), значимых для прогноза ресоциализации и выбора адекватных интервенций.

С позиций социально-психологического подхода, ресоциализация лиц с опытом бездомности может быть концептуализирована не как простая адаптация к внешним нормам, а как глубинный, поэтапный процесс восстановления субъектной позиции (способности быть автором собственной жизни), социального доверия (вначале ограниченного, адресного, а затем всё более

генерализованного) и позитивной идентичности (основанной не на стигматизирующих ярлыках, а на интеграции прошлого и настоящего опыта). Практика показывает, что эффективность помощи многократно возрастает в тех случаях, когда наряду с решением базовых бытовых и юридических проблем (восстановление документов, регистрация, доступ к питанию и ночлегу) выстраивается полноценное клинико-психологическое сопровождение. Такое сопровождение должно быть направлено на снижение внутренней самостигматизации (отделение образа «Я-плохой/беспомощный» от реального поведенческого репертуара), укрепление мотивации к изменениям (в том числе через работу с амбивалентностью), поэтапное развитие навыков саморегуляции (эмоциональной и поведенческой), поддержку и тренировку сохраненных когнитивных функций (с опорой на зону ближайшего развития), а также постепенное, щадящее восстановление способности к целеполаганию, отсроченному планированию и устойчивому социальному взаимодействию.

Обобщение практики благотворительных, кризисных и волонтерских проектов, работающих с бездомным населением, свидетельствует о том, что наибольший психосоциальный эффект достигается при одновременном соблюдении следующих условий: низкопороговый доступ к помощи (минимальные требования на старте, готовность идти навстречу даже при отсутствии документов или состоянии изменённого сознания), уважительный и нестигматизирующий стиль взаимодействия («человек в трудной ситуации», а не «бездомный» как инвалидирующий ярлык), междисциплинарное сопровождение (клинический психолог, социальный работник, юрист, при необходимости - психиатр и нарколог) и постепенное, индивидуализированное расширение социальной включённости человека (от временного приюта до поддерживаемого проживания и полной автономии). В этой комплексной системе клинический психолог может и должен выполнять не только традиционные диагностическую и консультативную функции, но и важную медиаторную роль, обеспечивая смысловую, организационную и коммуникативную связь между медицинскими, социальными и собственно реабилитационными маршрутами, зачастую разобщёнными на институциональном уровне.

ПОЛОЖЕНИЕ И РОЛЬ ПСИХОГИГИЕНЫ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ И ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА

Гребень Н.Ф.

Республиканский научно-практический центр психического здоровья, г. Минск, Беларусь

Психогигиена возникла еще в начале XX ст. как отрасль психиатрии и представляет собой это отрасль науки, существующая на стыке двух направлений: психологии и гигиены. Она изучает любые позитивные для человека воздействия среды, особенности жизни и предлагает действенные профилактические пути поддержания психического здоровья (Е.В. Черная, 2009). Сегодня психогигиену принято рассматривать больше как часть гигиены, что значительно расширяет ее границы, позволяет соотносить не только с психическим, но и физическим здоровьем. Это согласуется и с принятой медицинской общественностью биопсихосоциальной моделью здоровья-болезни Д. Эйнджела.

Однако на практике положение психогигиены остается достаточно неопределенным. Даже в психиатрической клинике, по мнению специалистов, ее роль за последние годы стала менее значимой (Ю.И. Полищук, 2015). В то время как в соматических учреждениях здравоохранения психогигиена, так и не закрепила полноценно как направление медицинской помощи (Н.Ф. Гребень, 2019). Исключение в большей степени составляют учреждения реабилитационного характера.

Результаты реализованного нами опроса показали, что среди взрослого населения под психогигиеной чаще всего понимают некий набор рекомендаций, которые частично касаются здорового образа жизни, частично полезных советов по отношению к психическому здоровью. Например, избегать стрессовых ситуаций, уметь расслабляться, заниматься любимым делом, быть в хорошем настроении, не перенапрягаться. В целом, рациональное зерно в этом есть, но за психогигиеной стоит нечто большее – это понимание некоего оптимального состояния психики, которое благоприятно будет сказываться на психическом и физическом здоровье.

Поэтому первое, с чего начинается психогигиена – это с наших знаний о психике человека: как

устроена психика, какие функции она выполняет, какие у нее ресурсы и к каким последствиям может привести неразумная их трата. Предполагается, что эти базовые психологические знания человек получает в процессе получения образования, по крайней мере, профессионального, ведь психология входит в общий, так называемый «социогуманитарный блок». Однако, как показывает практика, эти знания чаще всего усваиваются поверхностно, и большинство людей нуждается в дополнительном психообразовании. С другой стороны, наблюдается популяризация психологических знаний и «надуманная психологизация» (Н.В. Инина, 2025) общества, что также не есть путь к здоровью.

Следует отметить, что научной литературе практическая гигиена чаще всего подается как набор рекомендаций, методов и техник, привязанных к возрастным периодам человека (Б.В. Овчинников, Т.И. Дьяконова, 2017). На наш взгляд, практическую психогигиену более целесообразно рассматривать с позиции форм проявления психики: психические процессы, психические состояния и свойства личности, как это задано в фундаментальной психологической теории. Остановимся на данном аспекте более подробно.

Психические процессы человека обеспечивают актуальную переработку информации, которая поступает как извне, так и порождается самой психикой. В плане обеспечения здоровья важно, какой информацией заполнено сознание, чему человек уделяет особое внимание. Так, дезадаптивные мысли могут привести к нарушениям как физического, так и соматического здоровья. И это является научно признанным фактом. Кроме того, настоящее время характеризуется большими информационными нагрузками, которые предъявляют высокие требования к психическим процессам человека. Об информационном неврозе и стрессе ученые заговорили еще в конце семидесятых годов XX ст. (М.М. Хананашвили, 1978; В.А. Бодров, 2000), сегодня ученые оперируют таким понятием как «цифровая усталость» (А.Ю. Ионов, Ю.Х.-С. Ким, 2025). Информационное пресыщение негативно сказывается на эмоциональном состоянии человека и его работоспособности. Как правило, нарастает тревога, беспокойство, что является первыми признаками психического неблагополучия, которые не стоит игнорировать. В такой ситуации человеку крайне важно научиться эффективно работать с информацией, ранжировать ее по степени важности, своевременно избавляться от информационного «мусора», что сегодня принято называть «цифровой гигиеной».

Больше всего психогигиена касается актуального психического состояния человека – относительно устойчивого на определенном промежутке времени характера протекания психической деятельности индивида, отражающего своеобразие эмоций, мыслей, воли. В более обыденном понимании, речь идет о настроении человека. Хорошее настроение, которое определяют эмоции положительного знака, благотворно сказывается и на здоровье, и на работе, и на взаимоотношениях. И, наоборот, плохое настроение (раздражительность, депрессивные переживания, сильная тревожность, гнев, обида и пр.), его длительная фиксация негативно отражается как на общем самочувствии, так и в целом на здоровье. Еще большую опасность для здоровья представляют собой неотрагированные (подавленные, непрожитые) эмоции, которые приводят к неконтролируемой агрессии, депрессии, зависимостям, мышечному напряжению, нарушениям работы органов и, как следствие, заболеваниям. Для поддержания здоровья необходимо осознавать, что происходит с нашим телом, в каком оно состоянии. Желательно обучиться и приемам мышечного расслабления, т.е. релаксации, индивидуально подобранным комплексам физических упражнений.

Психические свойства человека – это достаточно устойчивые образования, от которых зависят особенности поведения и деятельности человека. Они частично заданы врожденными особенностями индивида, однако их содержательная сторона начинает формироваться в детском возрасте. Когда свойства закрепляются, то начинают определять образ жизни человека и, его привычки и часто его судьбу и здоровье. По отношению к здоровью такие черты характера как честолюбие, завистливость, обидчивость, педантизм, нарциссизм сопряжены с завышенными притязаниями к миру и мешают нормальным взаимоотношениям людей на работе и в быту, приводят к психическому перенапряжению, неврозам. Осуществление психогигиенической саморегуляции на уровне свойств личности – это наиболее трудоемкий процесс, требующий не только желания в себе что-то поменять, но и кропотливую работу над этими изменениями. Часто, в таких ситуациях имеет смысл прибегнуть к помощи соответствующих специалистов: психологов, психотерапевтов.

В завершение еще раз хотелось бы подчеркнуть, что психогигиена неотъемлемая часть гигиенической науки и практики, направленная на сохранение, укрепление и улучшение здоровья

человека через заботу в первую очередь о психическом здоровье. Психогигиена также включает в себя надлежащую организацию природной и общественной среды, режима дня, образа жизни, способствующих психологическому благополучию. Человек, заботящийся о своем психическом здоровье, одновременно повышает и сопротивляемость вредным факторам внешней среды.

Результаты исследований и социальные опросы показывают, что психогигиена часто воспринимается как набор общих рекомендаций по образу жизни, тогда как её истинное значение заключается в глубоком понимании закономерностей психики и её влияния на физическое и ментальное здоровье. Необходимость психообразования, умения управлять информационными нагрузками, регулировать эмоциональные состояния и корректировать дисфункциональные личностные черты становится всё более очевидной в условиях современного общества.

Дальнейшее развитие психогигиены требует не только разработки ее теоретических основ, но и системных мер по её популяризации, внедрению в образовательные программы и медицинскую практику.

ФЕНОМЕН НЕСУИЦИДАЛЬНОГО САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Губина Д.А., Шкитырь Е.Ю., Александрова Н.А.

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии, филиал ФГБУ Национальный
медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского, Москва,
Россия*

В настоящее время одной из наиболее острых проблем, связанных с психическим здоровьем несовершеннолетних, является несуйцидальное самоповреждающее поведение. Значимость данного феномена неуклонно возрастает, что обуславливает необходимость его всестороннего изучения специалистами. В связи с этим приоритетной задачей становится анализ этиологии, патогенеза и феноменологии данного состояния. Подростковый возраст характеризуется повышенной чувствительностью к формированию различных форм аутодеструкции, к которым непосредственно относится и несуйцидальное самоповреждающее поведение. Поведенческие паттерны несовершеннолетних в значительной степени детерминированы психофизиологическими особенностями пубертатного периода, а также совокупностью средовых факторов, в первую очередь - условиями семейного воспитания и микросоциальной средой. В целом, под несуйцидальным самоповреждающим поведением понимается систематическое, умышленное и прямое нанесение различных повреждений собственному телу, не сопряженное с суицидальными намерениями. Вместе с тем в научной литературе существует и более широкая трактовка данного феномена. Некоторые исследователи (Любов Е. Б., Зотов П. Б., 2020) включают в спектр вредоносного поведения не только прямые аутоагрессивные акты, но и формы рискованного поведения, при которых индивид, стремясь к получению определенного результата или удовольствия, сознательно игнорирует потенциальную угрозу для своего здоровья, например, опасное вождение, злоупотребление психоактивными веществами, совместное использование инъекционного оборудования, участие в деятельности, связанной с получением острых ощущений (например, прыжки с тарзанки; посещения опасных зданий и природных расщелин (заброшки, недострои, пещеры). В результате, расширенная концепция несуйцидального самоповреждающего поведения охватывает как прямые самоповреждения, так и косвенные формы аутоагрессии, реализуемые через поведенческий риск.

Стоит отметить, что показатели распространенности несуйцидального самоповреждающего поведения в подростковой среде варьируются в диапазоне от 8% до 46%, что обусловлено различиями в методах сбора данных и подходах к диагностике (Крылова Е. С., 2019). Возрастная динамика несуйцидального самоповреждающего поведения характеризуется началом деструктивного паттерна поведения в среднем в 12–14 лет и достижением максимальной частоты рецидивов к 15–16-летнему возрасту. Ключевым дифференциальным критерием, отличающим несуйцидальное самоповреждающее поведение от суицидальной попытки, является отсутствие у субъекта осознанного намерения уйти из жизни. Тем не менее, следует учитывать, что действия, изначально не направленные на лишение жизни, могут приводить к летальному исходу вследствие

незапланированных случайных событий или неверной оценки последствий. В клинической практике часто наблюдается коморбидность и взаимное перекрытие несуицидальных и суицидальных форм поведения. При этом сложность валидной оценки истинности суицидальных намерений, даже для опытных клиницистов, создает значительные методологические барьеры для эпидемиологических исследований. В результате показатели распространенности несуицидального самоповреждающего поведения демонстрируют выраженную вариативность в зависимости от методологических подходов, инструментов оценки и социально-демографических характеристик выборки (Richard T Liu et al., 2022).

Клиническая картина несуицидального самоповреждающего поведения демонстрирует гетерогенность его проявлений. К наиболее распространенным формам относят самопорезы, умышленные ожоги и удары, эксфолиацию кожных покровов до крови. Для большинства подростков характерна полимодальность аутоагрессии, когда они склонны использовать более одного метода нанесения самоповреждений. Наиболее типичными мишенями для травматизации служат руки, начиная с запястья, ноги и область живота, в том числе из-за возможности сокрытия. В иерархии распространенности методов самоповреждения лидирующие позиции занимают действия с использованием острых предметов, далее по частоте следуют расчесывания (царапины), удары (в том числе и головой) и термические ожоги (прижигание сигаретами, зажигалками).

Исследования (Kathrin Sevecke et al., 2017) зачастую указывают на наличие у несовершеннолетних лиц, склонных к самоповреждению, специфического профиля индивидуально-личностных характеристик, наиболее выделяются: эмоциональная дисрегуляция; алекситимия; нарушения самооценки наряду с высокой коморбидностью с другими нозологическими формами. Кроме того, в научной практике принято выделять следующие основные мотивы феномена несуицидального самоповреждающего поведения: регуляция аффекта (купирование или снижение интенсивности негативных эмоций (тревоги, гнева); самонаказание (аутоагрессивное действие как следствие чувства вины или ненависти к себе); сенсорный поиск как стремление испытать физические ощущения для борьбы с чувством онемения; коммуникация, где происходит демонстрация страдания как способа обращения за помощью; экстернализация гнева (перенаправление агрессии с внешнего объекта на себя) (Волкова А.П., 2025).

Таким образом, несуицидальное самоповреждающее поведение в подростковом возрасте представляет собой не просто возрастную девиацию, а серьезную клиническую и социально-психологическую проблему. Данный феномен сопряжен со значительным риском последующей суицидальной активности, формированием устойчивых паттернов дезадаптивного копинга и долгосрочным снижением качества жизни. Высокое медико-социальное бремя, обусловленное прямыми и косвенными издержками для системы здравоохранения и общества, диктует необходимость рассматривать несуицидальное самоповреждающее поведение как приоритетную мишень для превентивных стратегий. Дальнейшие междисциплинарные исследования, направленные на уточнение факторов риска и разработку эффективных протоколов ранней диагностики и психотерапевтического вмешательства, являются ключевым условием для снижения распространенности и негативных последствий данного явления.

СЕНСОРНЫЕ АВТОМАТИЗМЫ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ КАНДИНСКОГО

Даренский И.Д.

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, Москва, Россия

К основным составляющим синдрома психического автоматизма Кандинского-Клерамбо (СПА) относятся высшие психические автоматизмы (ассоциативные или идеаторные), чувствительные (сенсорные или сенестопатические) и моторные (двигательные или кинестетические) (Кандинский В.Х., 2001, Ануфриев А.К., 1979). Большинство авторов считают характерными признаками псевдогаллюцинаций отсутствие сенсорности, тесную связь с мышлением (представлениями), а не чувственной (перцептивной) сферой. Именно сенсорные расстройства являются наиболее сложным компонентом синдрома как с теоретической, так и с практической точки зрения. Об этом

свидетельствует описание насильственно вызываемых неприятных ощущений уколов, жжения, раздражения электрическим током, насильственных акты совокупления в рамках СПА у больных (Попов Н.М., 1885). Различные алгии, парестезии, сенестопатии G. Clerambo (1927) относил к чувственному автоматизму. Явления неприятных насильственных ощущений рассматриваются как галлюцинации «гиперестетического вида» (Осипов В.П., 1923). Тягостные телесные ощущения (жжения, холода, давления, полового возбуждения и др.), сопровождающиеся чувством воздействия относят к сенестопатическим автоматизмам. Сенсорные автоматизм заключается в том, что разнообразные тягостные ощущения в различных частях тела у больного возникают особым образом, произвольно, помимо его воли, под влиянием внешних воздействий.

Именно сенсорные автоматизмы иной модальности (тактильные, осязательные обманы чувств и сенестопатии) в рамках СПА недостаточно описаны. Характер сенсорных нарушений больных с синдромом психического автоматизма, являясь наименее изученной областью рассматриваемого синдрома, может служить дополнительным диагностическим и прогностическим критерием.

Имеются отдельные указания на нозологические особенности СПА. Так, развёрнутый вариант СПА считают нозоспецифичным по отношению к шизофреническому процессу (Хохлов Л.К., 2004). Причем для шизофренического процесса, в отличие от органического, характерны синдромы с вербальными, а не зрительными психопатологическими феноменами. Органическая почва определяет превалирование галлюцинаторной симптоматики над бредовой, а также приводит к переходу от псевдогаллюцинаций к истинным галлюцинациям. Тактильный галлюциноз с ощущением ползания насекомых, червей, микробов по коже и под кожей и прикосновения к половым органам отмечается при психозах позднего возраста, при органическом поражении центральной нервной системы.

Отмечено и прогностическое значение сенсорного компонента СПА. Бред отравления имеет большую криминогенную важность, когда сформирован на основе сенестопатий и акустических псевдогаллюцинаций имеет и наименьшую – на основе вкусовых и обонятельных галлюцинаций.

Нами были предприняты клинические исследования для выявления доли осязательных ощущений и их диагностического значения в структуре СПА. Мы стремились сопоставить характер клинических особенностей синдрома, его типологию с характером сенсорных нарушений больных, являющихся несомненной принадлежностью синдрома.

Обследовано 100 больных различными психическими заболеваниями, которых объединяло наличие СПА с явлениями сенсорного автоматизма в клинической картине. Из них 43 больных имели диагноз шизофрения, 12 – травматический психоз, 38 – органическое поражение нервной системы и 7 – эпилепсия. Исследования проводились среди больных обоих полов в возрасте от 18 до 40 лет с давностью заболевания от 5 до 10 лет.

Больные, слышащие «голоса» в голове, как правило отмечают возникновение там и чужих мыслей (92%). Больные ведут мысленный диалог с диктором, происходящий как «симфонический концерт - звучит музыка и возникают мысли». Редко бывает наоборот – не всегда привнесение чужих мыслей в голову происходит наравне с появлением «голосов» (24%). Здесь же следует отметить, что внушенные мысли могут возникать в любых областях черепа и распространяться во всех направлениях с одинаковой частотой, но преимущественно в лобную и теменную часть черепа (73%).

Речедвигательные галлюцинации Ж. Сегла проявляются в том, что посторонняя сила заставляет больных рассказывать, т.е. раскрывать собственные мысли посредством артикуляционного аппарата (30%).

Обнаружены и нозологические отличия сенестопатических автоматизмов: сенестопатические автоматизмы при различных заболеваниях отличаются тем, как часто они встречаются, как начинаются, на какой стадии болезни мы чаще находим эти расстройства, как долго они продолжаются и как связана с внешними событиями их выраженность.

Больные постоянно обращают внимание на работу мозга, над чем вообще обычно в норме не задумываются. Эти неотступные ощущения мешают им в повседневной жизни и прежде всего в осмыслении внешних впечатлений. Самим этим ощущения крайне тягостны и неприятны. При этом субъективные сенсорные переживания больных шизофренией не имеют четкости и образности. Замечено, что для больных представляет наибольшие трудности описать имевшее у них место ощущение работы своего мозга. Отчеты больных шизофренией о своих ощущениях трудно понять, как трудно понять и то, что чувствуют эти люди, потому что они не совпадают с нормативными

ощущениями здоровых лиц.

Наблюдается необычайное разнообразие проявлений сенсорного автоматизма у разных больных и разнообразие в отдельные периоды течения заболевания у одного и того же больного. Прежде всего это можно сказать об особенностях слуховых псевдогаллюцинаций, которые чаще наблюдаются именно при шизофрении: «голоса» слышатся в каком-то отделе головы без представления, как они могли там возникнуть (60%). Следует согласиться с мнением авторов, что «это больше интерпретация расстройств высвобождающейся в болезни протопатической чувствительности». Из малых автоматизмов весьма характерно для обследованных больных просто отсутствие мыслей в голове на какой-то период времени (90%).

На начальном этапе заболевания более выражены расстройства восприятия, и постепенно на следующем этапе преобладает их бредовая интерпретация. Такая последовательность объясняет источник возникновения автоматических психических явлений и обманы чувств – реальные события как бы становятся менее актуальны и существуют отдельно. В это же самое время навязанные ощущения, видения, «голоса» и действия составляют отдельный мир переживаний. В этом обстоятельстве можно усмотреть приложение понятия «психическое расщепление».

Своеобразна эмоциональная реакция больных на сенсорные расстройства. Эти направленные на больных воздействия окружающего мира начинают раздражать их. Совместное проживание с реальными людьми и в реальной обстановке также становится крайне утомительным.

В противоположность этому для больных экзогенно-органическими психозами свойственен преимущественно конкретно-чувственный характер субъективных переживаний. Ощущения больных с органическим поражением головного мозга более приземлены, если можно так сказать, круг сенсорных расстройств проще, уже и стабильнее. Больные твердо уверены или же непосредственно ощущают то, как, в какой части мозга и кем вызываются «голоса» (40%), четко указывают локализацию и принадлежность «голосов».

Из малых автоматизмов весьма характерно для обследованных больных наличие чувства пустоты в голове, иногда чисто физическое, с ощущением замещенности мозга другим субстратом (10%). Возникает физическое ощущение собственного мозга (36%) или ощущение его раздвоения (14%). Больные могут ощущать в голове даже самые разнообразные предметы (25%).

Усиление указанных сенсорных расстройств провоцируется внешними воздействиями, наподобие симптома Ашаффенбурга при алкогольном делирии. Болезненные ощущения отличаются стойкостью и после прекращения бреда воздействия не исчезают. При этом навязанные ощущения, видения, голоса и действия тесно переплетаются с реальными событиями.

Психопатологическая картина СПА позволяет также делать прогноз течения заболевания и судить будет ли у больного обилие субъективных переживаний и ощущений в пределах головы или же эти переживания будут весьма скудны, лишь установив предварительно факт существования ощущения голосов внутри головы.

Бредовые переживания СПА представляются компенсаторными образованиями, призванными объяснить происхождение сенсорных расстройств и тем смягчить эмоциональное напряжение. Труднее понять происхождение идеаторных и сенестопатических автоматизмов, вкладывание мыслей, слуховых псевдогаллюцинаций.

При ответе на вопрос, почему сенсорные переживания четче и ярче при органическом поражении головного мозга, следует вспомнить, что истинные галлюцинации и иные чувственно яркие переживания прерогатива психотических состояний органической природы. То, что круг сенсорных расстройств проще, уже и стабильнее у больных с органическим поражением можно было бы объяснить тем, что патологический процесс у них является застывшим с отсутствием прогрессивности, свойственной шизофрении. Проявления психических нарушений в идеаторной сфере с идеаторными автоматизмами и псевдогаллюцинациями являются прерогативой эндогенных психозов (Ефремов В.С., 1986).

Переживание ярких сенсорных расстройств с причудливыми болезненными ощущениями, имеющими характер сделанности, позволяет отнести их к СПА. В таком случае можно говорить о выделении сенестопатического варианта СПА по аналогии с «галлюцинаторным» и «бредовым», «активным» или «позитивным» вариантами СПА (Хохлов Л.К., 2004). В свою очередь сенестопатический вариант СПА более характерен для органических психозов.

Т.о., в рамках СПА часто наблюдаются расстройства восприятия тактильной, осязательной модальности, позволяющие выделить своего рода сенестопатический вариант СПА. Выраженность сенсорных расстройств в рамках СПА является одним из тонких индикаторов психотического состояния, а именно, чем выраженнее активная психотическая симптоматика, тем ярче и красочнее физические ощущения в субъективных переживаниях больных. Прогноз клинической динамики по выраженности сенсорности психических автоматизмов касается выраженности и иных компонентов СПА. Показатель можно использовать при проведении дифференциальной диагностики между шизофренией и органическими психозами. При органическом поражении головного мозга ощущения красочнее и чувственнее, конкретнее сенсорно, а при шизофрении – вычурнее, разнообразнее и сенсорно менее красочны.

ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Дубинин О.П.

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

В 2025 году в Забайкальском крае зарегистрировано 24 077 человек с наркологической патологией, что составляет 2,4% от всего населения края (РФ - 1,3%). Большинство зарегистрированных – потребители алкоголя – 15 309 человек (63,6% от общего числа зарегистрированных), 5 265 человек – потребители наркотиков (21,9%), 3 351 – потребители никотина (13,9%), 152 – потребители ненаркотических веществ (0,6%).

Общая заболеваемость (болезненность) наркологическими расстройствами (без никотина) в 2025 году составила 2106,7 на 100 тыс. населения, что на 2% выше соответствующего показателя 2024 года (2064,8), выше показателей ДФО на 17% (2024 г. – 1794,2) и на 86% среднего показателя по РФ (2024 г. – 1130,2).

В 2025 году показатель первичной заболеваемости всеми наркологическими расстройствами в Забайкальском крае (без никотина) составил 210,9 на 100 тыс. населения, в сравнении с 2024 годом (202,3) заболеваемость увеличилась на 4,3%, выше показателей ДФО в 1,4 раза (2024 г. – 145,0) и в 2,6 раза выше среднего показателя по РФ (2024 г. – 79,2).

Суммарный показатель заболеваемости синдромом зависимости от алкоголя и алкогольными психозами в 2025 году по краю составил 119,2 на 100 тысяч населения, что выше соответствующего показателя 2024 года (105,8) на 12,7%, выше показателя по ДФО (78,3) на 52,2% и выше в 2,7 раза среднего показателя по РФ (43,4).

Заболеваемость синдромом зависимости от наркотических веществ снизилась на 4,7% - с 10,6 в 2024 году до 10,1 в 2025 году, что ниже показателя по ДФО на 16,5% (12,1) но выше среднего показателя по РФ на 24,7% (8,1).

Показатель заболеваемости синдромом зависимости от ненаркотических веществ в 2025 году остался на прежнем уровне - 0,3, что выше показателей по ДФО (0,2) и РФ (0,1).

Показатель заболеваемости пагубным употреблением алкоголя в 2025 году составил 44,3 на 100 тыс. населения, что на 17,2% выше показателя 2024 года (37,8), выше показателя по ДФО в 1,8 раз (23,8) и выше среднего показателя по РФ в 2,8 раза (15,5).

Показатель заболеваемости пагубным употреблением наркотиков в 2025 году составил 36,0 на 100 тыс. населения, что на 21,6% ниже показателя 2024 года (45,9), но выше показателя по ДФО на 20% (30,0) и среднего показателя по РФ в 3,1 раза (11,4).

Показатель заболеваемости пагубным употреблением ненаркотических веществ в 2025 году составил 1,0 на 100 тыс. населения, что на 50% ниже показателя 2024 года (2,0), выше показателя по ДФО на 42,9% (0,7) и среднего показателя по РФ на 66,6% (0,6).

В 2025 году в Забайкальском крае зарегистрировано 407 подростков с наркологической патологией. Большинство зарегистрированных – потребители алкоголя – 199 человек (48,9% от общего числа зарегистрированных подростков), потребители наркотических веществ - 52 человека (12,8%), потребители ненаркотических веществ - 29 человек (7,1%), потребители никотина – 127 человек (31,2%). Показатель болезненности всеми наркологическими расстройствами среди подростков (без никотина) в 2025 году составил 692,1 на 100 тыс. подросткового населения, что на 8,2% ниже

соответствующего показателя 2024 года (753,8). Данный показатель выше показателя ДФО (2024 г. – 378) в 1,8 раз и выше показателя РФ (2024 г. – 314,4) в 2,2 раза.

Число впервые выявленных в 2025 году подростков с наркологическими расстройствами (без никотина) составило 81 человек, показатель заболеваемости всеми наркологическими расстройствами составил 200,2 на 100 тыс. подросткового населения, что на 16,5% ниже показателя 2024 года (239,8). Данный показатель выше показателя ДФО (2024 г. – 146,3) на 36,8% и выше среднего показателя по РФ (2024 г. – 118,8) на 68,5%.

Наркологическая служба Забайкальского края представлена ГАУЗ «Забайкальский краевой наркологический диспансер», расположенным в г. Чите, а также 4 стационарными отделениями и 32 наркологическими кабинетами, расположенными в районах края.

В 2025 году в Забайкальском крае работало 50 врачей психиатров-наркологов (физических лиц). Показатель обеспеченности населения врачами психиатрами-наркологами составил 0,51 на 10 тысяч населения (РФ 2024 г. - 0,32; ДФО – 0,42).

Все районы Забайкальского края укомплектованы врачами психиатрами-наркологами (в 18 районах наркологическую помощь оказывают врачи психиатры-наркологи, в 13 районах - врачи психиатры-наркологи-внешние совместители).

По состоянию на 01.01.2026 года в медицинских организациях края предусмотрено 73,25 штатных должностей врачей психиатров-наркологов, занято – 65,5. Укомплектованность штатами врачами психиатрами-наркологами составила 89,4%. Коэффициент совместительства врачей психиатров-наркологов в 2025 году составил 1,3 (РФ 2024 г. – 1,5; ДФО 2024 г. – 1,5). Все врачи психиатры-наркологи и средние медицинские работники имеют свидетельства об аккредитации.

Подготовка кадров врачей психиатров-наркологов в 2025 году проводилась на базе ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия». В 2024 - 2025 гг. в клинической ординатуре по специальности «психиатрия» обучались 20 врачей ординаторов, из них 5 - ординаторы первого года обучения, 15 - ординаторы второго года обучения. В 2025 году 2 специалиста прошли профессиональную переподготовку по специальности «Психиатрия-наркология» и были направлены в районы края.

В 2024 году отмечено снижение нагрузки на врачебную должность врача психиатра-нарколога на амбулаторном приеме. Функция врачебной должности уменьшилась на 5%, с 6896 посещений в 2024 году до 6548 в 2025 году, что на 6% ниже показателя по ДФО (6967) и выше на 6% показателя по РФ (6218). Доля посещений по поводу заболевания в 2025 году составила 20% (2024 г. – 20,7%).

В 2025 году 1396 пациентов с наркологическими расстройствами были включены в амбулаторные программы реабилитации, что составило 6,8% от числа пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением на конец года (ДФО 2024г.– 12,9%, РФ – 5,9%). Успешно завершили реабилитационную программу 735 пациентов или 52,5% от числа включенных (ДФО 2024г.–32,4%, РФ 2021г. – 49,6%).

Число больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, находящихся в ремиссии 1 год и более на 100 больных состоящих под диспансерным наблюдением в 2025 году составило 27,1, это на 2,3% выше показателя 2024 года (26,5), и на уровне показателя по ДФО, однако на 13% выше показателя по РФ (24,0). Показатель снятия с диспансерного наблюдения в связи с выздоровлением на 100 больных среднегодового контингента по Забайкальскому краю – 6,3; (ДФО 2024 г. – 7,6, РФ 2024 г. – 4,7).

В 2025 году число лиц, направленных на медицинское освидетельствование, уменьшилось на 18% по сравнению с 2024 годом и составило 5471 человек, из них лиц, которые управляют транспортным средством – 801 (14,6%). Установлено фактов алкогольного опьянения - 3350, опьянения наркотиками - 379. В 2025 году снизилось число отказов от освидетельствования с 724 до 625 или на 13,7% .

На 01.01.2026 года на территории края развернута 131 наркологическая койка круглосуточного пребывания, из них 120 на базе ГАУЗ ЗКНД и суммарно 36 коек в 4 районах края (ГАУЗ «Краевая клиническая больница № 4» - 8 коек, ГУЗ «Балейская ЦРБ» - 8, ГУЗ «Борзинская ЦРБ» - 10, ГУЗ «Петровск - Забайкальская ЦРБ» - 10 коек), а также 25 наркологических реабилитационных коек. Показатель обеспеченности населения наркологическими койками на 10 тыс. населения составил 1,33 (РФ 2024 г. - 1,25; ДФО – 1,66).

Занятость круглосуточной наркологической койки в 2025 году в стационарах Забайкальского края снизилась и составила 293,7 дней в году (2024 г. – 305,3; ДФО 2024 г. – 285,0, РФ 2024 г. – 278,0;).

Средняя длительность пребывания пациента на койке – 8,2 койко-дней (ДФО 2024 г. – 10,2, РФ 2024 г. – 10,9;). Оборот койки – 35,9. Больничная летальность – 0,2.

Показатель занятости наркологической реабилитационной койки в 2025 году - 364,9 дней. Средняя длительность пребывания пациента на койке – 99,7 койко-дня, оборот койки – 3,7.

Число пациентов, проходивших стационарную реабилитационную программу в 2025 году в ГАУЗ ЗКНД, составило 313 человек или 6,9% от числа проходивших стационарное лечение (РФ 2024 г. – 5,4%). Успешно завершили стационарный этап реабилитации 278 человека или 88,8% от числа включенных в программу (РФ 2024 г. – 84,8%). После прохождения стационарной реабилитации было направлено для прохождения амбулаторного ее этапа 174 человека, или 55,6% от числа успешно завершивших стационарный этап реабилитации.

Доля больных с наркологическими расстройствами, повторно госпитализированных в течение 2025 года по Забайкальскому краю, составила 19,1 (ДФО 2024 г. –28,3, РФ 2024 г. –26,0).

Эффективная работа наркологической службы Забайкальского края невозможна без тесного взаимодействия с заинтересованными учреждениями и ведомствами. Наркологическая служба сотрудничает с организациями образования, культуры, физической культуры и спорта, социальной защиты по вопросам здорового образа жизни и профилактики потребления алкоголя и наркотиков. В целях раннего выявления потребителей психоактивных веществ и организации медицинской профилактики в образовательных организациях проводятся лекции и медицинские осмотры. Организовано взаимодействие по раннему выявлению лиц, страдающих наркологическими расстройствами с работодателями при проведении и периодических медицинских осмотров работников; с миграционными службами при выявлении потребителей психоактивных веществ среди мигрантов. С уголовно-исполнительными инспекциями, комиссиями по делам несовершеннолетних и защите их прав и социальными службами организовано взаимодействие по вопросам медицинской и социальной реабилитации и ресоциализации лиц, отказавшихся от употребления психоактивных веществ. На постоянной основе проводятся профилактические мероприятия с полицией, со средствами массовой информации (телевидение, радио, печать), с общественными организациями и волонтерами,

Таким образом, представленные показатели деятельности наркологической службы Забайкальского края в сравнении с показателями по Дальневосточному Федеральному округу и Российской Федерации в определенной степени отражают эффективность проводимых профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий среди населения края.

ЮРИДИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРАНССЕКСУАЛИЗМА, ИЛИ ТЕАТР АБСУРДА НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Дядичко А.Н., Мартынова Т.О.

Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия

Федеральным законом от 24.07.2023 г. N 386-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» установлен запрет на осуществление медицинских вмешательств (включая применение лекарственных препаратов), направленных на изменение пола человека. Также устанавливается фактический запрет на изменение пола в личных документах без проведения хирургической операции. Ранее, согласно статье 70 Федерального закона от 15.11.1997 г. N 143-ФЗ «Об актах гражданского состояния», заключение о внесении исправления или изменения в запись акта гражданского состояния составлялось органом записи актов гражданского состояния в случае, если был представлен документ об изменении пола, выданный медицинской организацией (любой формы собственности) по установленной форме и в установленном порядке – справка об изменении пола формы N 087/у.

Согласно интервью ТАСС министра юстиции России К.А. Чуйченко, с 2018 по 2022 год в России зарегистрировано более 2,7 тыс. случаев смены пола только по документам, без проведения операций. «Мы видим следующее: человек, сменивший пол в паспорте, но физиологически оставшись прежним, может заключать брак, усыновлять детей. Также возникают вопросы, с какого

возраста такой человек, сменивший пол на бумаге, может выходить на пенсию? Или, если нарушит закон, в какое исправительное учреждение его направлять? И так далее», — сказал Чуйченко (<https://www.rbc.ru/society/24/04/2023/6446378f9a7947cac352b8c1>) На международном юридическом форуме в Петербурге эту тему прокомментировал председатель Следственного комитета России Александр Бастрыкин: «Смена пола на бумаге – это обман. На языке закона – мошенничество. Но в том случае, если это мошенничество, этот обман нарушает интересы государства, нашей обороноспособности, я имею в виду тех, кто побежал, чтобы уйти от мобилизации, как бы сменив пол, имущественные интересы общества или личности – скрыв преступления – и это, да. Мы будем действовать с учетом этих новых реалий» (<https://www.vesti.ru/article/3351131>).

Собственно, исходя из данных обстоятельств, был принят Федеральный закон от 24.07.2023 г. N 386-ФЗ. Сейчас изменение в запись акта гражданского состояния вносится, если представлено медицинское заключение врачебной комиссии медицинской организации, подведомственной Минздраву России о соответствии половых признаков признакам определенного пола, выданное в соответствии с частью 2 статьи 45.1 Федерального закона от 21.11.2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». То есть врачебная комиссия выдает свое заключение только в случае, если проведены медицинские вмешательства, связанные с лечением врожденных аномалий (пороков развития), генетических и эндокринных заболеваний, связанных с нарушением формирования половых органов у детей, в случае, если такие медицинские вмешательства проведены по решению врачебной комиссии медицинской организации, подведомственной Минздраву России.

Однако существующим законодательством не предусмотрен порядок возврата гражданина, сменившего пол по документам, к своему прежнему правовому состоянию.

Вашему вниманию предлагается клинический случай, в котором возникают вопросы по установлению диагноза «транссексуализм» и по решению проблем пациентки, которая хочет вернуть себе в документах прежний женский пол, создать семью, родить ребенка и оформить юридически свое материнство.

Пациентка N, 31 год. Наследственность психопатологически отягощена алкоголизмом деда по линии матери. Росла и развивалась нормально. По характеру формировалась тревожной, ответственной, эмоциональной, общительной. Любила быть в центре внимания, разыгрывала сценки сама с собой дома, хотела учиться на актрису. После 11 классов СОШ закончила журфак МГУ по специальности «редактор». Училась нестабильно, многие предметы не нравились, во время сессий испытывала тревогу и подавленное настроение. С подросткового возраста стала увлекаться косплеем (костюмированным представлением), позже – иммерсивным театром живого действия без зрителей. Работала студенткой в информационном агентстве, после окончания МГУ была безработной 3 года, находилась на иждивении родителей, не могла устроиться редактором. Стала работать неофициально визажистом. Помогает клиентам в создании образа повседневного и косплейного сценического. Проживает с родителями. Незамужем, детей нет. Находится в отношениях с молодым человеком, планирует создание семьи и рождение ребенка.

С 13-14 лет отмечает у себя спонтанные периоды пониженного настроения длительностью до нескольких недель. Наносила себе мелкие ссадины, чтобы успокоиться и привлечь внимание матери. С 18 лет во время учебы в МГУ усилились депрессивные переживания, в основном во время сессий. После окончания ВУЗа в 23 года перестала резать себя, депрессивные эпизоды сохранялись. Ухудшение настроения от 1 недели до 2-3 месяцев, всего до 5 раз в год. В возрасте 29 лет впервые обратилась к частную психиатрическую клинику, получала амбулаторно антидепрессанты и ламотриджин. Отмечала улучшение состояния, прекратила лечение через год.

В 11 лет в детском оздоровительном лагере подвергалась сексуальным домогательствам со стороны 14-летнего подростка, была очень испугана. Поняла, что «быть женщиной небезопасно». В подростковом возрасте стала интересоваться косплеем и примерять на себя мужские образы героев фантастики, говорила о себе дома в мужском роде, утягивала себе грудь. Не могла вовремя выйти из роли – провести «деролинг». Затем стало интересно играть женские образы, перестала себя называть мужчиной. В 25 лет (2018 г.) на фоне измены молодого человека была подавленной, начала активно общаться с молодыми людьми в барах, клубах, чтобы не чувствовать себя покинутой, но не интересовали близкие отношения. Поняла, что молодые люди не хотят быть «просто приятелями».

Возникла идея, что лучше быть мужчиной, тогда никто не будет помогать. На людях утягивала грудь, называла себя мужскими именами, чтобы ее воспринимали как парня, вживалась в образ парня и не могла понять, кто она на самом деле. Дома перед родителями оставалась девушкой, было сложно переключаться из одной роли в другую. В 2020 г. во время карантина престала играть роль парня, спокойно воспринимала себя как девушку. Стала носить красивые женские платья. В 2022 г. познакомилась с трансгендерным парнем, который объяснил ей процедуру смены пола. Поняла, что это сделать достаточно просто. Посчитала, что если станет парнем, то у нее меньше будет проблем, легче будет строить карьеру автора, редактора, блогера о косплее, не будет сексуальных домогательств со стороны мужчин. При этом сохранялось гетеросексуальное половое влечение, вступала в поверхностные романтические отношения с мужчинами – «друг с привилегиями». Общалась в «ЛГБТ-комьюнити», участники этого сообщества торопили ее в решении вопроса о смене пола, т.к. «скоро изменятся законы и смена пола будет запрещена». Для проведения врачебной комиссии по вопросу об изменении пола обратилась в коммерческую клинику в мае 2023 г., перед направлением на врачебную комиссию врачом-психиатром установлен диагноз «Транссексуализм? Эмоционально неустойчивое расстройство личности, пограничный тип. Рекуррентное депрессивное расстройство, текущее состояние ремиссии». Врачебной комиссией была выдана справка об изменении пола формы N 087/у. Переоформила свидетельство о рождении и паспорт в июле 2023 г. Позже выяснила, что хирургическая и гормональная коррекция стоят дорого, решила отложить смену пола и накопить денег. В мужской роли постоянно чувствовала себя раздраженно, некомфортно, тревожно. Боялась расстроить родителей раньше времени, не сообщала им о смене документов. Сузился круг общения, т.к. не все друзья приняли смену пола. Стало обидно, что не может себе сделать макияж, затруднялась в выборе одежды. Осознала угрозу своему здоровью в результате хирургической и гормональной смены пола. Возобновила романтические отношения с молодым человеком, отношения стали развиваться, начали планировать создание семьи и рождение ребенка. Перестала утягивать грудь, носить мужскую одежду и белье. Решила восстановить документы на женский пол, однако в органе ЗАГС получила отказ. Обратилась в ПНД для обследования и получения рекомендации по возврату женского пола в документах.

При осмотре внешне опрятна, одета в женское платье. Приветлива, доброжелательна. Эмоциональные реакции, мимика и жестикация оживлены. Настроение ровное. Без бреда и обманов восприятия. Мышление с элементами рассуждательства и расплывчатости. Многословно и расплывчато формулирует свои ощущения, связанные с половой ориентацией. Сообщает, что чувствует себя женщиной, половое влечение гетеросексуальное. Легкомысленно относится к проведенной юридической процедуре смены пола. Не тяготится в общении с медработниками своим необычным гендерным статусом. В поведении демонстративна, кокетлива. Без агрессивных и аутоагрессивных проявлений. Сон и аппетит достаточные.

В ходе проведенного экспериментально-психологического обследования на первый план выступают особенности эмоционально-личностной сферы: преобладание истероидных и пограничных черт, проявляющихся в высокой самооценке, эгоцентризме, стремлении привлекать к себе внимание и вызывать сочувствие, импульсивности в принятии решений без учета последствий, непосредственности поведения, склонности к риску. В межличностном взаимодействии отмечаются тенденции к построению созависимых, напряженных и нестабильных отношений. В аффективной сфере обращает на себя внимание умеренный уровень депрессии и высокий уровень ситуативной и личностной тревожности. Полоролевой опросник Сандры Бем (BSRI) отражает успешное содержание в себе мужских и женских психологических качеств и моделей поведения с преобладанием черт феминности. В когнитивной сфере обращает на себя внимание неустойчивость активного внимания, лабильность мышления без нарушений формальной логики.

Врачебной комиссией был установлен диагноз «Смешанные расстройства личности, психопатоподобный синдром. (F61.0)». Учитывая, что в анамнезе у пациентки имелось желание жить и быть принятой в качестве лица противоположного пола, однако не сочетающееся с чувством неадекватности или дискомфорта от своего анатомического пола, отсутствия чувства принадлежности к другому полу, диагноз: «Транссексуализм (F64.0)» был признан сомнительным и не установлен.

Выводы. Указанный клинический случай свидетельствует о необходимости изменения

законодательства с целью дать возможность людям, ошибочно сменившим пол только по документам, страдающим от этого, вернуться к исходному нормальному правовому и психическому состоянию и не вступать в противоречие со здравым смыслом. Также на приведенном примере видно, что установление диагноза транссексуализм требует выявления всех необходимых диагностических критериев, а не только некоторых из них. Диагностическая ошибка может приводить к серьезным последствиям, отражающимся на судьбе пациента.

СОЦИАЛЬНО-ТРУДОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В УСЛОВИЯХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДОМА-ИНТЕРНАТА

Завьялов Е. В.

Читинский дом-интернат для граждан, имеющих психические расстройства, Чита, Россия

Общей тенденцией, характеризующей современный этап деятельности домов-интернатов для граждан, имеющих психические расстройства, является комплексное решение задач социальной реабилитации инвалидов: поддержание и укрепление их психического и соматического здоровья, развитие психических функций, накопление и расширение социального опыта с применением социально-медицинских, социально-бытовых, психолого-педагогических, лечебно-трудовых и социально-правовых инструментов. Для социальной реабилитации (социализации) в домах-интернатах с одной стороны должны создаваться комфортные социально-бытовые условия, приближенные к домашним, а с другой стороны, образ жизни получателей социальных услуг в учреждениях этого типа должен быть организован так, чтобы инвалиды чувствовали необходимость проявления личной инициативы через активизирующий режим, включающий трудовые и досуговые формы занятости.

Социально-трудовая реабилитация направлена на восстановление либо формирование трудовых навыков. Технология трудовой реабилитации инвалидов включает ряд форм: трудовую занятость, трудовое обучение, трудовая терапия, трудоустройство.

В Читинском доме-интернате социально-трудовые услуги предоставляются на основании индивидуальных программ предоставления социальных услуг и стандарта социальных услуг, предоставляемых в стационарной форме социального обслуживания. Эффективной организационной формой является лечебно-трудовая активизирующая терапия под руководством инструкторов по труду. Реабилитация проводится на базе подсобного хозяйства, которое является структурным подразделением учреждения и включает в себя: тепличный комплекс, где получатели социальных услуг занимаются выращиванием овощей, на приусадебном участке – цветоводством; столярную мастерскую; птицеферму; мастерскую по ремонту обуви. Кроме того, получателям социальных услуг поручаются работы по уборке помещений и прилегающей территории, а также работы в качестве помощников сотрудников медицинской части (санитары-курьеры) и хозяйственных подразделений учреждения: пищеблока, прачечной, швейного цеха, складов. Многие их получателей социальных услуг официально трудоустроены.

Необходимо отметить, что технология включения получателей социальных услуг с расстройствами психики в трудовую и досуговую деятельность в условиях дома-интерната имеет свою специфику. Вид и характер труда, его продолжительность, условия трудовой деятельности подбираются специалистами учреждения с учетом медицинских показаний к труду. При определении форм трудовой и досуговой занятости учитываются субъективные и объективные факторы участия инвалидов в труде: уровень работоспособности, установки, мотивация, отношение к труду. Для исследования трудового потенциала получателю социальных услуг предлагаются работы на разных объектах: вначале более сложные, но, если он не справляется – ему поручают работу проще, и так до тех пор, пока не подберут приемлемый вид труда.

Применяемые формы морального стимулирования труда – это доброжелательное отношение инструктора по труду, похвала работнику-получателю социальных услуг в присутствии членов трудовой бригады за хорошее качество работы, за скорость выполнения операции, за аккуратность в работе. А также, поощрение за хорошее и продуктивное участие в трудовых процессах в виде

внеплановых посещений концертов, экскурсий, коллективных выездов на природу с активным отдыхом, вручением грамот, благодарственных писем и ценных подарков. Такие формы стимулирования оказывают эффективное побуждающее воздействие.

Терапия трудовой занятостью – не единственная реабилитационная технология, обеспечивающая активный образ жизни клиентов психоневрологических интернатов. Занятость клиентов организуется в этих учреждениях посредством включения их в занятия физической культурой, а также в социокультурную и досуговую деятельность. Для решения задач социально-средовой адаптации клиентов практикуются такие формы работ, как креативные занятия: обучают рисованию, изготовлению аппликаций, поделок из различных материалов; дидактические игры: настольные игры, конструирование; просмотр кинофильмов и прослушивание любимой музыки; анимационные виды деятельности. В Читинском доме-интернате создан вокально-инструментальный ансамбль, репетиции которого проводят один раз в неделю под руководством музыкального работника. Ежемесячно проводят праздники для именинников, сопровождающиеся программами художественной самодеятельности. Клиенты участвуют в подготовке и проведении праздничных мероприятий, посвященных знаменательным датам, выставок поделок; осуществляются экскурсии в цирк, прогулки по городу и выезды на природу.

При организации реабилитационного процесса в Читинском доме-интернате приветствуются идеи диалога, сотрудничества, совместного действия, понимания чужой точки зрения, уважение личности. Они получили практическое воплощение в общественной структуре-органе самоуправления. Орган самоуправления сформирован из семи членов – наиболее активных, ответственных клиентов дома-интерната. Он является по своей сути связующим звеном между администрацией и клиентами учреждения, представляет их интересы и обеспечивает тесное взаимодействие проживающих с администрацией. Такая форма взаимодействия позволяет максимально учитывать потребности клиентов, оперативно разрешать острые проблемы, формировать бесконфликтную, благоприятную среду и стимулировать социальную активность и статуса получателей социальных услуг.

Подбор комплекса реабилитационных мероприятий проводится индивидуально для каждого проживающего с учётом их психического и соматического состояния. В интернате наиболее востребованными услугами являются мероприятия, направленные на использование остаточных трудовых возможностей получателей социальных услуг и участие их в посильной трудовой деятельности.

В соответствии с возможностями получателей социальных услуг 148 человек привлечены к терапии занятостью. Остальные получатели социальных услуг помогают на благоустройстве территории дома-интерната. Данной услугой охвачено 75,5% от общего числа проживающих. Нужно отметить, что 7 получателей социальных услуг, имеющих диагноз легкой умственной отсталости обучены овощеводству, им организованы рабочие места.

8 человек с шизофренией и 27 человек с умственной отсталостью участвуют в волонтерском отряде «Шаг на встречу!» при Забайкальском техникуме профессиональных технологий и сервиса. 30 человек прошли обучающие курсы пользователя персонального компьютера, 30 человек обучились работе с фотоаппаратом. Данной услугой охвачено 42% от общего числа получателей социальных услуг. Кроме того, трудоустроены на специально созданные рабочие места при доме-интернате 22 человека. Данной услугой охвачено 11,2% от общего числа проживающих.

Заключение: как показывает опыт работы Читинского дома-интерната, трудовая и досуговая деятельность оказывает развивающее, корригирующее, социализирующее и адаптирующее воздействие на личность инвалида. Доступные виды активной трудовой деятельности стимулируют развитие восприятия, мышления, внимания, памяти, моторики и речи. Труд в коллективе способствует формированию коммуникативных навыков, мотивационно-потребностной сферы и навыков социального поведения, формирует самостоятельность и ответственность, что позволяет приблизиться данной категории граждан к интеграции в общество.

С 2023 по 2025 годы отмечается увеличение количества получателей социальных услуг, задействованных в трудовой реабилитации на 14,8%. Внедрение данной комплексной программы позволило снизить количество девиаций, активизировать социально-полезную деятельность – формировать и развивать у получателей социальных услуг позитивные социально-трудовые навыки.

**МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ, НАПРАВЛЕННЫХ ПО ЛИНИИ КОМИССИИ ПО ДЕЛАМ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ И ЗАЩИТЕ ИХ ПРАВ**

Игнатъева А.В.

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Для формирования здоровой личности и социализации ребенка среда и условия проживания, а также воспитание являются основными. В настоящее время одной из главных проблем общества является высокая распространенность злоупотребления алкоголем и другими психоактивными веществами. Это является угрозой для жизни и здоровья детей из неблагополучных семей. Поэтому зависимость - проблема не только здравоохранения, но и общества в целом.

Лечение и профилактика наркологических расстройств является одним из основных направлений государственной политики в отношении здоровья населения. На базе ГАУЗ «Забайкальский краевой наркологический диспансер» имеется стационарное отделение медицинской реабилитации, в котором осуществляется единый лечебно-реабилитационный процесс, включающий в себя лечение и восстановление лиц, страдающих наркологическими расстройствами.

Организация всей работы отделения ставит основной целью оказание пациентам медицинской, психолого-психотерапевтической и социальной помощи для того, чтобы они смогли как можно быстрее после выписки ресоциализироваться. Для достижения этой цели в отделении создана искусственная реабилитационная среда, внедрена реабилитационная программа под названием «Багульник», которая рассчитана в среднем на срок от 3 до 6 месяцев лечения. За этот период пациенты проходят 4 последовательных этапа восстановления.

Первый этап лечебно-реабилитационного процесса называется адаптационный или мотивационный, он длится от 3 до 10 дней. За это время осуществляется максимально возможное восстановление физического, психического, социального здоровья пациента. Он адаптируется к реабилитационной среде, приспосабливается к распорядку дня и к работе по лечебно-реабилитационной программе.

Второй этап - интеграционный, его длительность составляет от 60 до 90 дней. Здесь осуществляется вхождение в реабилитационную программу и активное участие в ней, реализуется комплекс психолого-коррекционных мероприятий, которые разработаны с учётом выявленных на первом этапе индивидуально-личностных особенностей, а также стабилизируется психофизическое состояние.

Третий этап называется стабилизационный, длительность его в среднем от 30 до 60 дней. В этот период пациент обучается профилактике срыва, а также вырабатывает навыки, тактику и поведение в конфликтно-стрессовых ситуациях, продолжает формироваться устойчивая мотивация, восстанавливаются и устанавливаются продуктивные отношения с семьей и близкими людьми.

Четвертый этап – профилактический, еще он называется постлечебный, продолжительность которого от 30 до 60 дней. Данный период реабилитационного процесса направлен на поддержание мотивации на трезвый образ жизни, адаптацию в обществе, построение новых социальных связей и самостоятельное функционирование в открытой среде без употребления психоактивных веществ. Все этапы медицинской реабилитации лиц, потребляющих психоактивные вещества, последовательные, и у каждого пациента проходят индивидуально несмотря на то, что пациент включен в групповую терапию. Весь реабилитационный процесс строится на системности оказания комплексной помощи зависимым от психоактивных веществ в результате воздействия на биологический, психологический, социальный и духовный уровни функционирования.

Реабилитационные мероприятия направлены на максимальное физическое и психоэмоциональное восстановление пациентов, мотивацию поддержания трезвого образа жизни, реадaptацию, ресоциализацию и восстановление семьи. Реализацию реабилитационных мероприятий пациентов наркологического профиля осуществляет мультидисциплинарная бригада специалистов, состоящая из психиатра-нарколога, психотерапевта, медицинских психологов и специалиста по социальной работе. Также бригаде специалистов оказывают помощь в реабилитации врачи других специальностей, медицинские сестры, инструктор по трудотерапии, представители православной Епархии, консультанты из сообществ «Анонимные Алкоголики» и «Анонимные Наркоманы».

Совместные усилия всех специалистов скоординированы и ведут к существенному повышению эффективности реабилитационной помощи.

Благодаря организованному межведомственному взаимодействию с Комиссией по делам несовершеннолетних и защите их прав, на стационарную медицинскую реабилитацию активно направляются лица, употребляющие психоактивные вещества, у которых стоит вопрос о лишении, либо ограничении в родительских правах. Для этого сотрудниками отделения разработан специальный алгоритм.

За весь период работы отделения стационарную медицинскую реабилитацию прошли около 1300 человек, из них женщин 59% и мужчин 41%. Из этого числа более 70% - это лица, направленные Комиссией по делам несовершеннолетних и защите их прав, в основном это женщины, имеющие диагноз «синдром зависимости от алкоголя». Успешно завершили курс реабилитации 68% пациентов от общего числа включенных в реабилитацию. Лица, успешно завершившие реабилитацию и сохраняющие трезвость после выписки из стационара, в 100% случаев восстанавливаются в родительских правах и забирают детей из специализированных учреждений домой.

В отделении организовано постстационарное сопровождение пациентов, прошедших медицинскую реабилитацию, для оценки эффективности работы. Для этого сотрудниками отделения организован сбор информации о статусе «выпускника» посредством телефонных звонков самому пациенту или его окружению, личных встреч с ним, сведений от участковых врачей психиатров-наркологов и сотрудников КДН и ЗП. Согласно анализируемым данным за 13 лет работы отделения, сохраняют трезвость более 80% пациентов от общего числа, успешно завершивших курс лечения. Из них сохраняют трезвость более 1 года - 51%, и менее 1 года - 49%. В структуре пациентов, сохраняющих трезвость после прохождения курса стационарной медицинской реабилитации, большую долю - более 80% составляют пациенты с диагнозом «синдром зависимости от алкоголя» и оставшиеся - это пациенты с диагнозом «синдром зависимости от наркотических веществ».

Таким образом, медицинская реабилитация пациентов наркологического профиля в стационарных условиях в Забайкальском крае позволяет комплексно осуществлять единый лечебно-реабилитационный процесс, направленный на максимальное восстановление всех сфер жизнедеятельности человека, имеющего зависимость, а также способствует воспитанию ребенка в родительской семье и восстановлению семейных ценностей.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ И КАЧЕСТВА РЕМИССИИ ПАЦИЕНТОВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Киселев Д.И., Логачева А.А., Бубнова О.А.

Тамбовская психиатрическая клиническая больница, Тамбов, Россия

Актуальность. Пациенты, страдающие шизофренией, составляют около 40% от общего числа стационарируемых психически больных и 70% от всех лиц, госпитализированных с психозами (Гурович И.Я. и др., 2013). Проблема качества ремиссии, профилактики рецидивов, их раннего купирования является одной из наиболее актуальных проблем в процессе лечения и реабилитации больных шизофренией.

Цель исследования: изучить влияние социальных факторов на качество ремиссии пациентов с шизофренией.

Материал и методы исследования: проанализированы клинические и социальные особенности пациентов с диагнозом шизофренического спектра, находящихся на лечении во 2 отделении ОГБУЗ «ТПКБ». В исследовании приняли участие 26 человек с диагнозом «шизофрения», находящихся на лечении в психиатрическом отделении. Пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 7 пациентов, имеющих изменения в ремиссии в течение последних 5 лет. Вторую группу составили 19 пациентов без существенных изменений течения ремиссии. В обеих группах возраст пациентов варьировался от 30 до 58 лет, длительность заболевания составила более 10 лет. Большинство имели 2 группу инвалидности. При поступлении у всех пациентов отмечалось обострение хронического психического расстройства, что выражалось суммарным баллом по шкале PANSS в первой группе – 231, во второй группе – 265.

Результаты и обсуждение. Преимущественными проявлениями в клинической картине во всех случаях были психопродуктивная симптоматика (бред, галлюцинации) и эмоционально-волевые нарушения, характеризующиеся изменениями поведения. Изучение социальной сферы показало, у всех пациентов первой группы произошли изменения в социальном окружении в виде замены опекуна или смены места жительства с переходом под надзор другого родственника. В 3-х случаях это способствовало устойчивости ремиссии и повышению показателей социального функционирования. У 4-х пациентов отсутствие необходимого контроля со стороны родственников способствовало повышению количества госпитализаций. В одном из случаев, это стало основой для совершения тяжкого правонарушения. У пациентов второй группы в социальной сфере существенных изменений не выявлено. В отделении пациенты обеих групп получали комплексную терапию: фармакологическое лечение осуществлялось согласно клиническим рекомендациям преимущественно препаратами группы нейролептики, в том числе, в ряде случаев, пролонгированного действия. Проводились психообразовательные занятия, психокоррекционная работа, реабилитационные мероприятия, симптоматическая терапия сопутствующих заболеваний. В результате проводимого лечения отмечалась редукция симптоматики по шкале PANSS. Причем наибольшая редукция наблюдалась у 42,8% пациентов первой группы и 31,6% второй группы. Общими факторами в этих случаях были достаточный уровень комплаентности и благоприятные семейные отношения.

Выводы. Данное исследование показывает прямую зависимость качества ремиссии пациентов с заболеваниями шизофренического спектра от уровня комплаентности и социального окружения. Поддержка со стороны близких, отсутствие стигматизации и благоприятные условия жизни способствуют формированию критики к болезни и более высокому реабилитационному потенциалу.

КЛОФЕЛИНОВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ОТМЕНЫ ОПИОИДОВ

Коньков В.И.

*Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова,
Москва, Россия*

Употребление психоактивных веществ (ПАВ) в настоящее время в современном обществе претерпело свои изменения, которые, преимущественно, отразились в смене употребляемого ПАВ. Но роль ряда наркотических веществ, в частности таких как опиоиды, не утратила своего разрушающего воздействия на социокультуральное восприятие действительности настоящего времени, которое продолжает свое «заражающее» воздействие на новых индивидов, не знающих его опасных последствий.

Обращение за стационарной помощью, как правило, у данного контингента больных происходит в связи с отсутствием, невозможностью достать употребляемый опиоид на фоне нарастающей «ломки». Как показали исследования последних лет, основным проявлением синдрома отмены опиоидов в 80% случаев являются боли выкручивающего характера (Коньков В.И., 2021). Купировать данные проявления путем применения обычной стандартной анальгезирующей терапии не представляется возможным. Вследствие чего больные с данным синдромом отмены становятся возбужденными, агрессивными, практически неуправляемыми, могущими нанести повреждение как себе, так и медицинскому персоналу лечебного отделения стационара.

Купировать явления опиоидного синдрома отмены можно только лишь применением других опиоидных производных, что в нашей стране запрещено на законодательном уровне. И что имеет неблагоприятные патогенетические последствия, которые сохраняют возможность приема опиоидов, но уже в стенах лечебного учреждения.

Но в данном случае проявления алгической симптоматологии имеют сознательно-смысловое нейропатическое происхождение, которое можно «отключить», выключив сознание больного индивида. Для этого используется клофелиновая терапия. На фоне этой терапии сознание больного индивида нарушается и он погружается в состояние глубокого сопора. При этом здесь возможно применение данной терапии в двух вариантах. Первый вариант, это когда суточная дозировка клофелина поднимается постепенно и затем держится на протяжении нескольких дней, не сбавляясь.

В этой ситуации необходимо лишь контролировать артериальное давление у данных больных. И затем, начинается постепенная отмена данного препарата. На протяжении этих нескольких дней данный больной ничего не потребляет и даже зачастую ничего не пьет, что нерационально. И второй вариант, который предусматривает более рациональное отношение к больному, позволяя ему хотя бы раз в сутки принимать пищу и жидкость. Этот вариант заключается в том, что клофелиновая терапия имеет различную дозированность в течение суток. Минимальная дозировка в утренние часы, которая усиливается днем и достигает максимума в вечерне-ночное время. Таким образом, как мы видим, утром больной, приходя в себя, может что-то поесть, выпить жидкость. Также здесь практически не нарушается ритм сна и бодрствования. А явления синдрома отмены протекают весьма сглажено и незаметно для самого больного. Что делает лечебный процесс весьма рациональным. Единственное требование и при этом варианте терапии – это контроль артериального давления, которое считается оптимальным, когда его величина держится на отметке 80\60 мм рт.ст. при данном виде терапии. Такой вариант волнообразного приема клофелиновой терапии сохраняется на протяжении 5 суток – того срока, когда явления синдрома отмены максимальны, а к концу пятых суток практически нивелированы. А потом дозировки клофелина уменьшаются на каждом приеме. Разумеется, дозировка клофелина у каждого больного индивидуальна! Основной дозиметрический показатель при данном виде терапии – это артериальное давление.

СОСТАВЛЯЮЩИЕ НАРКОДОМИНАНТЫ

Коньков В.И.

*Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова,
Москва, Россия*

Наркомании любого профиля в современном мире представляют проблему как для всего общества в целом, так и для отдельного индивидуума в частности. Проблематика злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ) является не только общемедицинской проблемой, так как здесь поражается помимо психической сферы ряд соматических функций, требующих лечения различного рода нозологий, пусковым фактором которых явилась наркомания. Но также данная патология представляет огромную проблему для всего социума в целом, вызывая, зачастую, отторжение таких индивидов, страдающих той или иной формой химической аддиктивной патологии (Коньков В.И., 2024).

Употребление наркотических веществ вносит в сознательно-мыслительную деятельность аддиктов свои определенные коррективы, которые видоизменяются\перестраиваются при их контакте со своим окружением (близкие, родные, друзья). При этом сами больные, в разгар манифеста, не признают у себя наличие какого-либо заболевания/проблемы, тем более наркомании. А принимают употребление ПАВ, как какую-то игру, «баловство», которое не требует внимания, а тем более наблюдения и лечения – происходит становление и развитие анозогнозии аддиктивного поведения химического регистра (Благов Л.Н., 2009). При этом употребление ПАВ воспринимается как что-то должное и необходимое, как составляющее единое целое с организмом, без которого невозможно существование. Критика в совершаемому в такие моменты целиком и полностью отсутствует. Все мысли и желания сосредоточены только на одном - получение и употребление ПАВ – происходит легитимация аддиктивного поведения (Благов Л.Н., 2008).

По мере развития заболевания круг общения аддиктов становится все меньше и меньше – болезнь «забирает» свое. Все чаще общение начинает ограничиваться очень узким кругом лиц, имеющих единый общий настрой – «как и где достать; как и где употребить». А из близких людей, которые остаются в контакте с уже больным наркоманией, остаются их самые близкие – родители, супруги, которые, нередко, а очень часто, становятся созависимыми.

И здесь в работу вступает уже другая составляющая больных наркоманией. Эти родные, которые еще лелеют надежду на выздоровление своих «чад», пытаются убедить их «лечиться». Но в ответ очень часто слышат или прямой отказ, или «условие», которое заключается в выделении денег на очередную «дозу», «чтобы подлечиться...чтобы полегче стало...». И таким образом замыкается патологический круг продолжающегося развития наркомании.

С одной стороны, он проявляется в четкой установке на отказе от лечения и всего другого, что не устраивает сознание активного аддикта – рентность, а с другой стороны присутствует своеобразная «игра-манипуляция» (Благов Л.Н., 2008) с созависимым родственником, направленная на получение необходимых, как правило, материальных благ для продолжения наркотизации. Употребление ПАВ на данном этапе уже становится догмой, обыденностью, не подвластной контролю, и без которого уже немислимо существование. При этом, как отмечают сами же больные, отсутствует борьба мотивов.

Таким образом, как мы видим из представленного материала, анозогнозия аддиктивного поведения сочетается с его легитимацией. При дальнейшем развитии заболевания сюда присоединяется рентность и манипулятивность, как социальный фактор продолжающегося заболевания, которые являются его «подпиткой». И закрепляющим аспектом здесь выступает наркоавтоматизм (Благов Л.Н., 2008).

ОТЛИЧИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ДИАГНОЗА ОТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

Красильникова Н. О.

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

В сфере психологии, глубокое понимание и анализ функционального и психологического диагнозов становится ключевым для эффективной работы специалистов. При этом, функциональный диагноз раскрывает ключевые трудности, с которыми сталкивается индивид, в то время как психологический диагноз занимается идентификацией специфических психических состояний или нарушений. Эта двуединость в подходах обеспечивает глубинное понимание проблематики пациента, предлагая при этом наиболее адекватные способы интервенции и поддержки.

Важность взаимодействия данных диагнозов обусловлена их способностью комплексно оценивать состояние пациента. Так, психологический диагноз предоставляет детальную картину психических особенностей и возможных расстройств, что дает ключ к выбору соответствующих методов вмешательства. С другой стороны, функциональный диагноз выявляет, как проявляются эти особенности в повседневной жизни человека, влияя на его поведение, социальные связи, профессиональную деятельность и общее благополучие.

Таким образом, интеграция функционального и психологического диагнозов является неотъемлемой частью психологической оценки и лечения, предоставляя полную картину о состоянии пациента и наиболее эффективные пути его поддержки и развития.

Функциональный диагноз как область научного интереса сформировалась в 19 веке. Это исследования С.П. Боткина, А.А. Остроумова, Г.А. Захарьина, М.П. Кончаловского и др. К зарубежным авторам, исследовавшим эту проблему, относятся Э. Кречмер. Основные труды, касающиеся функционального диагноза, относятся преимущественно в 20 в. К публикациям, в которых комплексно рассматривалась эта тема, можно отнести таких классиков отечественной психиатрии первой четверти 20 в., как В.М. Бехтерев, С.С. Корсаков, В.П. Сербский, П.И. Ковалевский, П.Б. Ганнушкин, В.А. Гиляровский, Г.Е. Сухарева, Л.С. Выготский и др. В середине 20 века тема функционального диагноза разрабатывалась В.М. Воловиком, А.П. Коцюбинским, Н.С. Шейниным, Г.В. Бурковским, О.Г. Сыропятовым и др. Психологическая диагностика и ее типология широко рассматривалась современными исследователями (А. Ф. Ануфриев, Л. Ф. Бурлачук, С. М. Морозов, Я. Рейковский, М. М. Семаго и Н. Я. Семаго и др.). Между тем сравнительный анализ этих двух видов диагностики проводился нечасто, чем и объясняется актуальность обращения к теме: «Отличия функционального диагноза от психологического диагноза».

Эволюция концептуальных взглядов на функциональный диагноз в отечественной и зарубежной психиатрии

В рамках функционального диагноза применяется уникальный подход, объединяющий три основных аспекта: клиничко-биологический, психологический и социальный, каждый из которых оценивается через свои специфические диагностические категории. Этот метод предполагает комплексное «стереоскопическое» изучение состояния пациента. Особое внимание в рамках

клинико-биологического аспекта уделяется выяснению уникальных характеристик болезни данного индивида, что позволяет сформулировать прогноз по его клиническому состоянию и определить подход к психофармакологическому воздействию.

В сфере медицины, вклад С.П. Боткина был неocenим при разработке основ функциональной диагностики, что он подробно изложил в своем трехтомном труде «Курс клиники внутренних болезней», выпущенном между 1867 и 1875 годами, а также в ряде из 35 клинических лекций в период с 1885 по 1891 год. Боткин стоял у истоков введения концепции «функциональный диагноз», акцентируя внимание на важности восприятия организма как целостной системы, находящейся в динамическом взаимодействии с окружающей средой. Он подчеркивал значимость учета жизненных обстоятельств пациента, а также его способности к адаптации и компенсации.

В дальнейшем эти, по сути, холистические взгляды получили развитие в трудах А.А. Остроумова, Г.А. Захарьина, М.П. Кончаловского и многих других выдающихся клиницистов XIX в. и последующих периодов. В психиатрии Э. Кречмер одним из первых поставил проблему учета различных сторон жизни больного. В рамках многомерного структурно-аналитического диагноза он предлагал при исследовании течения психозов и оценке исходов, наряду с биологическими факторами, учитывать конституциональные, соматогенные, психологические, социальные и иные составляющие.

В истории российской психиатрии значимость всестороннего изучения состояния пациентов освещалась не только в работах ведущих умов этой сферы, таких как В.М. Бехтерев, С.С. Корсаков и В.П. Сербский, которые подчеркивали важность глубокого анализа жизненного пути человека, но и в детальных исследованиях П.И. Ковалевского. Однако революционный вклад в идею комплексного подхода к диагностике и лечению внесли исследования в области социальной психиатрии. В период с 1920 по 1940 годы П.Б. Ганнушкин акцентировал внимание на срочности подготовки основы для будущего развития социальной психиатрии. В то время как В.А. Гиляровский выделял критическую потребность в оценке психологического состояния пациентов с точки зрения их функциональности, подчеркивая при этом ограниченность нозологического подхода и важность адресации социальных вопросов. Этому способствовало проведение многосторонних научно-практических исследований инвалидизации лиц с психическими расстройствами, что требовало анализа более широкого спектра сведений, нежели клинических, прежде всего психологических и социальных.

При организации помощи детям Г.Е. Сухаревой и ее сотрудниками разрабатывался эволюционно-биологический подход в понимании психических расстройств. Л.С. Выготским (1934–1935) были заложены основы методологии о структуре психического дефекта и его компенсации с опорой на ресурсные стороны психики ребенка, что, по сути, стало принципом психологической функциональной диагностики.

В середине 60–70-х гг. прошлого века Д.Е. Мелеховым были сформулированы основные принципы целостного многостороннего анализа структуры, течения и прогноза психопатологического процесса при решении вопросов относительно трудоспособности, профессиональной занятости, получения образования и многих других социальных аспектов у лиц с психическими расстройствами.

В современное время среди первых и наиболее часто применяемых оценочных инструментов является разработанная ВОЗ и валидизированная и адаптированная в Российской Федерации методика ВОЗКЖ-100 (WHOQOL-100). Наряду с ВОЗКЖ-100 для скрининговых исследований используются более короткие варианты опросников, к которым относится SF-36 (MOS 36-Item Short-Form Health Survey), оценивающий качество жизни, связанное со здоровьем.

Таким образом, системный холистический подход, отражением которого является понятие «функциональный диагноз», находит широкое применение в различных сферах психиатрической практики. Он является «живой» и открытой моделью, предполагающей оценку множества клинических, психологических и социальных параметров жизнедеятельности пациента. В рамках введения МКБ-11 он не утрачивает своей значимости.

Психологический диагноз

Психологический диагноз – конечный результат деятельности медицинского психолога, направленной на описание и выявление сущности индивидуально-психологических особенностей личности с целью оценки их актуального состояния, прогноза развития и разработки рекомендаций,

определяемых задач психодиагностического обследования.

Предмет психологического диагноза – установление индивидуально-психологических различий при нормальном и нарушенном вариантах развития.

Уровни психологического диагноза:

1. Симптоматический (эмпирический). Установление, констатация индивидуально-психологических особенностей или симптомов без указания на их причины, место в структуре личности. На основании этого строятся практические выводы.

2. Этиологический. Выявление особенностей или симптомов, а также причин их возникновения.

3. Типологический. Заключается в определении места и значения полученных данных в целостной, динамической картине личности, в её сложной структуре.

Диагноз неразрывно связан с прогнозом развития. Рекомендуется разбивать прогноз на отдельные периоды и прибегать к длительным повторным наблюдениям. Л.Ф. Бурлачук отмечает, что к постановке психологического диагноза существуют разные подходы:

1) связь диагноза с отклонением от нормы: выявление причины обнаружившегося отклонения, неблагополучия; определение расстройств, нарушений;

2) выявление и учёт индивидуально-психологических различий в норме.

Я. Рейковский предлагает теоретическую схему психологического диагноза, выделяя 4 типа психологического диагноза:

1) определение диагноза деятельности и поведения;

2) определение диагноза процессов регуляции деятельности или изучение психических процессов, благодаря которым осуществляется деятельность;

3) определение диагноза механизмов регуляции, механизмов психических процессов, от которых зависит их протекание – диагностика систем нервных связей;

4) диагностика генезиса механизмов регуляции или ответ на вопрос о том, как и в каких условиях, формировалась психика данного индивида.

При диагнозе деятельности определяются такие аспекты: инструментальный (качество, скорость и адекватность действий) и аспект отношений (отношение субъекта к выполняемым действиям, к окружению и к самому себе). Задача психологического диагноза не только в том, чтобы выявить ошибочные действия, но и действия, в которых человек может быть успешен.

Психологические диагнозы формулируются в форме заключений, которые бывает двух видов: первичное и итоговое.

Первичное заключение представляет собой первичные выводы о психическом состоянии или личностных особенностях обследуемого на основе предварительного диагностирования. Итоговое психологическое заключение является или конечным в диагностическом процессе, или составной частью общего заключения «диагноза».

Однако при любом повторном обследовании или обращении клиента итоговое психологическое заключение может перейти в форму первичного.

В заключении можно отметить, что функциональный уровень диагностики предполагает направленность на как можно более «широкое» количественное измерение уровня развития различных функций, свойств, состояний психики, с целью сопоставления выявленных особенностей с возрастными нормативами и различными типами отклоняющегося развития.

Психологический диагноз – конечный результат деятельности медицинского психолога, направленный на выяснение сущности индивидуально-психологических особенностей личности с целью оценки их актуального состояния, прогноза дальнейшего развития и разработки рекомендаций, определяемых задачами психодиагностического обследования.

ОРГАНИЗАЦИЯ АНОНИМНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ОТДЕЛЕНИИ № 1 ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЕВОГО НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Краузе Л.А., Павленко А.П.

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Отделение № 1 – отделение неотложной наркологической помощи, является структурным

подразделением ГАУЗ «Забайкальский краевой наркологический диспансер» (ГАУЗ ЗКНД) Министерства здравоохранения Забайкальского края и находится в непосредственном подчинении главного врача ГАУЗ ЗКНД.

Для пациентов, желающих получить анонимную наркологическую помощь, на базе отделения № 1 организовано анонимное стационарное лечение для лиц с алкогольной и наркотической зависимостями. Отделение оборудовано отдельным входом и комфортабельными палатами на 1, 2 и 4 койко-места.

Медицинская помощь пациентам с наркологическими расстройствами оказывается высококвалифицированными специалистами в соответствии с утвержденным порядком оказания наркологической помощи, на основании стандартов и клинических рекомендаций.

Анонимная наркологическая помощь включает в себя:

- консультативную помощь, оказываемую врачами психиатрами- наркологами;
- консультативную помощь узких специалистов (врач-терапевт, врач-невролог);
- диагностические исследования (ЭКГ, рентгенография ОГК, УЗИ - диагностика), большой спектр лабораторных исследований;
- стационарное лечение наркологических расстройств с применением медикаментозных и немедикаментозных методов лечения, коррекцию сопутствующей неврологической и соматической симптоматики;
- пролонгированные методы лечения алкогольной зависимости;
- ксенонотерапию, как новый метод терапии абстинентных состояний, позволяющий сокращать сроки лечения, снижать риск осложнений и способствовать быстрому восстановлению состояния организма пациентов.

Также в отделении № 1 можно получить консультацию медицинского психолога как в виде индивидуальной консультации, так и в виде групповой и семейной терапии.

За 2025 год в отделении № 1 анонимную наркологическую помощь получили 1852 пациента, что составило 51,9 % от общего числа пациентов, пролеченных в отделении неотложной помощи. Из них 1817 - это пациенты с синдромом зависимости от алкоголя, что составило 98,1 % от общего числа пролеченных анонимно. 31 пациент получил помощь при синдроме зависимости от наркотических средств (1,7 % от общего числа пациентов пролеченных анонимно). 242 процедуры пролонгированного метода лечения проведены пациентам в 2025 году. В 1,4 раза увеличилось количество данной процедуры, по сравнению с 2023 годом.

Пациенты все чаще обращаются за наркологической помощью на анонимной основе, что позволяет им своевременно получать качественную медицинскую помощь, не опасаясь социальных, профессиональных или иных негативных последствий для себя и своих близких.

Востребованность анонимной наркологической помощи подтверждает актуальность и необходимость дальнейшего совершенствования данного вида лечения в сфере наркологии. С этой целью необходимо непрерывно повышать квалификацию медицинского персонала, активно обмениваться опытом с головными и профильными учреждениями, внедрять передовые технологии и методики в повседневную практику.

СОЦИАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Кривошапова Т.Н., Логачева А.А.

Тамбовская психиатрическая клиническая больница, Тамбов, Россия

Актуальность. По данным Росстата, с 2020 по 2024 годы заболеваемость депрессиями, стрессовыми и тревожными расстройствами выросла на 21,5%. Молодые люди с тревожно-депрессивными расстройствами проживают свои продуктивные годы с плохим здоровьем и низким качеством жизни. Из-за высокой тревожности и низкой коммуникации снижается показатель социального функционирования. Это приводит к проблемам в учебе/работе, межличностных отношениях, развитию вредных привычек и зависимостей. Для улучшения результатов лечения необходим глубокий анализ сложившейся ситуации.

Цель: выявить проблемы социального функционирования у лиц молодого возраста с тревожно-депрессивными расстройствами.

Материал и методы исследования: проанализированы социально-клинические особенности пациентов 18–35 лет с тревожно-депрессивными расстройствами, проходивших лечение в дневном стационаре ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница». В исследовании приняли участие 42 человека, из них 14 мужчин и 28 женщин.

Результаты и обсуждение. У 52% исследуемых первичное обращение к врачу-психиатру зафиксировано менее года назад, однако сами пациенты считали начало заболевания значительно раньше, в среднем от 3-х лет. Отрицательное отношение в семье пациента к факту наличия заболевания и стигматизация приводили к более позднему обращению за квалифицированной помощью, что усугубляло имеющиеся психосоциальные проблемы. Большинство исследуемых не имели долгосрочных личных отношений. В браке/гражданском браке состояло 30,9%, в разводе – 4,8%. Настораживает факт, что только 9,5% исследуемых имели детей. При этом 71,4% выразили стойкое отрицательное отношение к возможности наличия в будущем собственных детей. Имели постоянный заработок 12 пациентов, но спецификой и условиями работы были удовлетворены всего 5 человек. Остальных работа не устраивала по целому ряду показателей, однако никаких изменений они не планировали. Обучались в высших или средних специальных учреждениях 19 человек, но большинство из них отмечали неудовлетворенность выбранной специализацией в учебном заведении, поскольку выбор за них сделали родители. Остальные 26,2% перебивались случайными заработками или вели иждивенческий образ жизни. Все исследуемые имели внутриличностные конфликты, связанные с потребностью в посторонней помощи, необходимостью подчинения, страхом неудач, отсутствием жизненных целей и установок, низкой направленностью на преодоление трудностей. Сложные взаимоотношения в семье и социуме в сочетании с психологическими особенностями личности способствовали развитию тревожности. Низкие навыки социальной коммуникации приводили к восприятию себя недооцененными, неспособными нравиться окружающим, что стимулировало развитие тревожности и депрессивных проявлений.

Выводы. Сочетание неблагоприятных семейных и социально-психологических факторов способствовало развитию тревожно-депрессивных расстройств у лиц молодого возраста. Данная группа пациентов нуждается в психокоррекционной работе. Психологическая поддержка повышает возможности социальной адаптации пациентов. Психосоциальная работа должна проводиться не только с самим пациентом, но и с его семьей на основе биопсихосоциального подхода. Улучшение эмоционального климата в семье благоприятно влияет на течение заболевания, способствует повышению социальной компетентности и уровня социального функционирования.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА СУБЪЕКТИВНОГО ВОСПРИЯТИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ХОДЕ ПСИХОКОРРЕКЦИИ

Крылатова Е.В.

Институт Мозга Человека им. Н.П. Бехтеревой Российской Академии Наук, Санкт-Петербург, Россия

Рост числа пациентов с функциональными нарушениями центральной нервной системы связан с длительным стрессовым напряжением, информационной перегрузкой, истощением адаптационных ресурсов и нарастанием тревожно-депрессивной симптоматики. При подобных состояниях страдает не одна эмоциональная сфера: меняется самоощущение, снижается устойчивость внимания, ухудшается кратковременная память, усиливается напряженность защитных форм реагирования. В клинико-психологической практике особый интерес представляет прослеживание того, как под влиянием психокоррекции меняется субъективное восприятие собственного состояния и сопряженные с ним личностные характеристики.

Цель исследования: оценить психологическую динамику субъективного восприятия у пациентов с функциональной церебральной патологией в ходе психокоррекции.

Материалы и методы. В исследование вошли 40 человек. Основную группу составили 20 пациентов с ранее установленным диагнозом функциональной церебральной патологии, средний

возраст $34 \pm 4,8$ лет. В контрольную группу включили 20 условно здоровых добровольцев, сопоставимых по полу и возрасту. Исследование проводилось в два этапа: первичная диагностика всех участников, затем трехнедельный курс психокоррекции у пациентов основной группы с последующим повторным обследованием. Для оценки состояния использовался трехуровневый подход. Нейродинамический уровень изучался с помощью двойного теста Мучника–Смирнова, эмоционально-оценочный – по шкале тревоги Тейлора и шкале депрессии Цунга, глубинный личностный уровень – по методике «Индекс жизненного стиля» Плутчика. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты. До начала психокоррекции у пациентов основной группы фиксировались отчетливые отклонения по всем исследованным направлениям. На нейродинамическом уровне выявлялось снижение кратковременной памяти: показатели непосредственной памяти составляли $5,1 \pm 0,5$ против $6,2 \pm 0,8$ в контроле, оперативной памяти – $3,1 \pm 0,7$ против $5,8 \pm 0,2$, индекс кратковременной памяти – $0,6 \pm 0,09$ против $0,94 \pm 0,5$. Эти данные отражают истощаемость нервной системы, трудности концентрации и падение эффективности при усложнении когнитивной нагрузки.

На эмоционально-оценочном уровне исходное состояние пациентов характеризовалось выраженной тревогой и депрессивной симптоматикой. Средний показатель по шкале Тейлора достигал $41 \pm 2,7$ балла, по шкале Цунга – $58,1 \pm 4,5$ балла, тогда как в контрольной группе соответствующие значения составляли $17 \pm 1,9$ и $31 \pm 4,7$ балла. Подобный профиль указывает на устойчивое внутреннее напряжение, эмоциональную дезорганизацию и неблагоприятный фон субъективного переживания собственного состояния.

Глубинный уровень психологического реагирования до начала психокоррекции отличался повышенной напряженностью защитных механизмов. Наиболее высокие значения обнаружены по шкалам подавления – $59,3 \pm 10,1$, регрессии – $56,2 \pm 1,9$, компенсации – $58,2 \pm 12,3$, замещения – $54,1 \pm 17,1$, интеллектуализации – $48,1 \pm 9,1$. Общий индекс напряженности защит составил $59,2 \pm 8,3$, что указывает на дезадаптивный характер внутренней переработки переживаний и на высокую цену психического удержания напряжения.

После трехнедельного курса психокоррекции зарегистрирована выраженная положительная динамика. На нейродинамическом уровне непосредственная память повысилась до $5,9 \pm 0,3$, оперативная память – до $5,2 \pm 0,7$, индекс кратковременной памяти – до $0,88 \pm 0,07$. Сближение с референсными значениями позволяет говорить о снижении когнитивной истощаемости и о восстановлении продуктивности кратковременной переработки информации.

На эмоциональном уровне показатели депрессии снизились до $37 \pm 3,1$ балла, тревоги – до $16 \pm 2,3$ балла. Сдвиг по шкале тревоги заслуживает отдельного внимания, поскольку итоговое значение оказалось ниже контрольного уровня. Подобный результат допустимо трактовать как следствие быстрого уменьшения острого внутреннего напряжения и повышения субъективного чувства психологической опоры после завершения курса психокоррекции.

По данным индекса жизненного стиля после психокоррекции снизилась выраженность большинства защитных механизмов. Показатели регрессии, компенсации, замещения и интеллектуализации приблизились к контрольным значениям, что позволяет говорить о большей гибкости психологического реагирования. При этом по шкале подавления и по общему индексу напряженности защит сохранялось относительное превышение над контролем. Данный фрагмент результатов показывает, что эмоциональные и когнитивные сдвиги возникают быстрее, тогда как более глубокие личностные механизмы перестраиваются медленнее и требуют более продолжительной работы.

Выводы. Полученные данные позволяют рассматривать субъективное восприятие при функциональной церебральной патологии как многослойную психологическую систему, где нарушения затрагивают когнитивную продуктивность, эмоциональный фон и способы внутренней защиты. Психокоррекция в краткосрочном формате показала высокую эффективность в отношении тревожно-депрессивных проявлений и нейродинамических показателей, но не обеспечила полной перестройки наиболее устойчивых защитных образований. По этой причине при работе с данной категорией пациентов целесообразно ориентироваться не на краткое купирование симптомов, а на более длительное сопровождение, направленное на снижение подавления и уменьшение общей напряженности защитной системы.

МОДИФИКАЦИЯ ТАБЛИЦ ШУЛЬТЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ НЕЙРОДИНАМИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ПРИ АДДИКЦИЯХ И ПРОЯВЛЕНИЯХ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ

Кудряшов М.А.

*Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева,
Санкт-Петербург, Россия*

В практике клинического психолога (в т.ч. наркологической службы) актуальной задачей является объективная оценка нейродинамических нарушений, в частности дифференцирование преморбидных особенностей регуляции внимания (напр., субклинических проявлений синдрома дефицита внимания и гиперактивности, СДВГ) и приобретенных состояний, обусловленных нейротоксическим действием психоактивных веществ или церебральной астенией. Традиционно используемые в российской патопсихологии таблицы Шульте для оценки внимания и работоспособности интерпретируются преимущественно «на глаз» (анализ кривых вработываемости/истощаемости), что снижает воспроизводимость и доказательность диагностических выводов. Тесты непрерывной производительности (Continuous Performance Test, СРТ) широко используются в западных исследованиях СДВГ, но имеют ряд ограничений. Ключевой показатель, определяющий современное понимание регуляторных нарушений при СДВГ, — это внутрииндивидуальная вариабельность (intraindividual variability, IV), т.е. дисперсия времени реакции (или продуктивности) внутри одного испытуемого от измерения к измерению. Первая версия компьютеризированного СРТ для оценки СДВГ была разработана К. Коннерсом еще в 1985 г. и включала оценку только ошибок пропуска, ошибок ложной тревоги и среднего времени реакции. В исследованиях кон. 1990-х–нач. 2000-х гг. было показано, что именно IV (а не среднее время реакции или количество ошибок) является наиболее чувствительным маркером СДВГ (Lin et al., 2021), после чего ее расчет был добавлен в стандартный протокол СРТ в более поздних версиях.

Основное различие между СРТ и таблицами Шульте лежит в том, какой тип внимания они задействуют — реактивный или проактивный. Теория двойных механизмов когнитивного контроля (Braver et al., 2021) выделяет два режима его функционирования:

Реактивный — корректирующий, фазический режим, активирующийся в ситуациях, когда нужно выделить или удержать значимый стимул и проигнорировать дистракторные. В контексте СРТ это означает, что испытуемый пассивно ожидает предъявления стимулов и реагирует на них по инструкции, что минимизирует необходимость самостоятельного инициирования и поддержания деятельности.

Проактивный — упреждающий, тонический режим, связанный с активным поддержанием цели деятельности и предварительной (предиктивной) настройкой внимания до наступления релевантного события. Испытуемый самостоятельно ставит цель, иницирует действие, удерживает фокус и активно сканирует среду, а не реагирует на нее.

СРТ построен по парадигме go/no-go (реагировать на целевые стимулы и подавлять ответ на нецелевые) и оценивает преимущественно реактивное внимание. Стимулы предъявляются автоматически через равные промежутки времени (стандарт для взрослых — 250 мс) в фиксированной точке экрана. Задача испытуемого сводится к монотонному нажатию на клавишу при появлении целевого стимула. Таблицы Шульте структурируют деятельность испытуемого иным образом. Во-первых, требуется активная постановка цели: «Найти все цифры по порядку от 1 до 25». Во-вторых, необходимо самостоятельное иницирование и поддержание деятельности по поиску цифры. В-третьих, задание требует постоянного перемещения фокуса внимания по двумерному пространству таблицы в поисках целевого стимула среди множества нерелевантных. В-четвертых, задействована сенсомоторная координация, когда движение рукой (указание на цифру) и вербализация (называние ее вслух) делают выполнение теста гораздо более телесно воплощенным. Это намного ближе к тому, что человек делает в реальной жизни (напр., визуально сканирует полку в магазине). СРТ, напротив, моделирует ситуацию, которая принципиально отличается от повседневной деятельности. Поэтому в ряде работ СРТ подвергается критике за низкую экологическую и предиктивную валидность (Rodríguez et al., 2018). Методика, оценивающая проактивное внимание (таблицы Шульте), может быть более чувствительна к «ядерным» дефицитам

СДВГ, чем СРТ. Пациенты с чертами СДВГ часто жалуются именно на трудности проактивного характера: «не могу себя заставить начать» (прокрастинация), «не могу удержать цель», «в голове туман».

Реактивный режим контроля, будучи фазическим (активация возникает импульсно, кратковременно, в ответ на стимул), реализуется на микроуровне (масштаб миллисекунд–секунд) и оценивается через ПУ от пробы к пробе — и это как раз то, что призван измерять СРТ. Проактивный, напротив, требует тонической (устойчивой, поддерживаемой на всем протяжении деятельности) активности, реализуется на макроуровне (масштаб минут) и оценивается через изменения продуктивности на всем протяжении выполнения задачи — именно этот уровень ближе всего к повседневному функционированию.

Общая вариабельность времени реакции в задачах на устойчивость внимания может быть декомпозирована на две независимые составляющие (высокочастотную и низкочастотную), различающихся по нейробиологическим механизмам. Высокочастотная вариабельность (мгновенные флуктуации от пробы к пробе) может отражать нестабильность нейронных ансамблей префронтальной коры (ПФК), связанную с фазической дофаминергической дисрегуляцией. При СДВГ нерелевантные стимулы могут вызывать чрезмерный или неадекватный выброс дофамина в ПФК из среднего мозга, что приводит к нестабильному удержанию фокуса деятельности и повышенной переключаемости внимания. Низкочастотная вариабельность может отражать паттерн тонической (в т.ч., норадренергической) активации и проявляется в нарастании/уменьшении времени реакции. Нарушения этого механизма могут наблюдаться как при церебральной астении, так и при СДВГ — преимущественно при фенотипе с преобладанием невнимательности, что, в частности, объясняет терапевтическую эффективность адrenomиметиков (гуанфацин) при данном расстройстве.

Предлагается увеличение серийности предъявления с 5 до 10 таблиц Шульте (стандартный размер 5×5). Фиксируется время выполнения каждой таблицы в секундах. Для полученного временного ряда из 10 значений рассчитывается ПУ (стандартное отклонение времени решения всех таблиц) и следующие статистики:

1) Наклон линейного регрессионного тренда (β) — позволяет количественно оценить динамику темпа деятельности: положительные значения свидетельствуют о нарастающем утомлении (истощаемости), отрицательные — о вработываемости, значения, близкие к нулю — о стабильной продуктивности.

2) Коэффициент детерминации (R^2) — отражает долю дисперсии времени выполнения, объясняемую линейным трендом. Высокий R^2 ($>0,7$) указывает на предсказуемую, закономерную динамику (истощаемость/вработываемость), тогда как низкий R^2 ($<0,3$) — на отсутствие четкого тренда (хаотичный характер колебаний).

3) Остаточная вариабельность ($SD(\epsilon)$) — стандартное отклонение остатков регрессии, представляющее собой меру спонтанных флуктуаций продуктивности, очищенную от систематического тренда (то есть не объясненную истощаемостью/вработываемостью).

На основе этих показателей могут быть выделены следующие дифференциально-диагностические паттерны, отражающие различные механизмы нарушений проактивного контроля:

1) Паттерн «истинной» нейродинамической нестабильности ($\beta \approx 0$, низкий R^2 , высокая $SD(\epsilon)$) — отражает нарушение стабилизации нейронных ансамблей ПФК, связанное с фазической дофаминергической дисрегуляцией. Время выполнения колеблется хаотично, без систематического тренда, что соответствует феномену «функциональных качелей» — периодов гипоактивации, сменяющихся гиперреактивностью на отвлекающие стимулы. Данный паттерн наиболее характерен для СДВГ с преобладанием гиперактивности/импульсивности.

2) Паттерн монотонной истощаемости (высокий положительный β , высокий R^2 , низкая $SD(\epsilon)$) — отражает дефицит тонической (в т.ч. норадренергической активации). Время выполнения систематически возрастает от таблицы к таблице, что свидетельствует о прогрессирующем утомлении. Паттерн характерен для церебральной астении (посттравматической, постинфекционной), а также может встречаться при СДВГ с преобладанием невнимательности.

3) Смешанный (дезорганизованный) паттерн (высокий положительный β , высокая $SD(\epsilon)$) — сочетание истощаемости и нестабильности, которое может быть характерно для грубых органических поражений, деменций.

СДВГ и его субклинически выраженные черты выступают не просто как коморбидность при аддикциях, но как значимый фактор риска формирования зависимости от психоактивных веществ (особенно психостимуляторов). С нейробиологической точки зрения, связь между СДВГ и предпочтением психостимуляторов может объясняться наличием единого субстрата — гиподофаминергического состояния, которое стимуляторы временно нормализуют. Это соответствует концепции инвертированной U-образной зависимости между уровнем дофамина и продуктивностью когнитивного функционирования (Weber et al., 2022): при исходно сниженном тоническом дофамине в ПФК стимуляторы сдвигают состояние ближе к оптимуму.

Весьма перспективным представляется компьютеризация предлагаемой модификации таблиц Шульте с программным фиксированием времени перехода между отдельными цифрами внутри каждой таблицы, а также с рандомизацией расположения цифр для минимизации эффекта обучения. Это позволило бы сохранить преимущества оценки проактивного внимания и одновременно получить данные, сопоставимые по статистической мощности с СРТ — в общей сложности 250 временных интервалов между последовательными выборами цифр на 10 таблиц (учитывая время на поиск первой цифры в каждой таблице). Такой гибридный дизайн мог бы открыть возможности для применения эксгауссовского и спектрального анализа, объединив диагностические преимущества СРТ с экологической валидностью таблиц Шульте (конечно, за счет некоторого снижения вовлечения сенсомоторной координации в сравнении с их бумажной версией, что, однако, может быть оптимизировано через использование тачпада).

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ

Куклина В.Л.

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

Под «вредом здоровью» понимают либо телесное повреждение (т.е. нарушение анатомической целостности органов и тканей или их физиологических функций), либо заболевания или патологические состояния, возникшие в результате воздействия различных факторов: механических, физических, химических, биологических, психических. Определение степени тяжести вреда здоровью, повлекшего психические расстройства, приобретает юридическое значение в свете квалификации характера и тяжести совершенного преступления. Психическое расстройство обязательно должно иметь прямую причинно-следственную связь с противоправными действиями преступника, установление которой зачастую сопряжено с большими трудностями, особенно если жертвой является малолетний ребенок или подросток. Принцип, которого придерживаются судебные психиатры и судебные медики, которые считают, что психогенные состояния, возникающие в результате противоправных действий преступника, должны рассматриваться как «вред здоровью от повреждений, повлекших психические расстройства» (ПППР). Такой подход согласуется с основными положениями психиатрии и современными международными классификациями, в которых психогении определены как «реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации». Многими исследователями психогении описаны как тяжелые заболевания, которые нередко приобретают затяжной характер и вызывают постреактивные изменения личности. Кроме того, психогении отвечают и юридическим требованиям, поскольку являются результатом нарушений «физиологических функций» головного мозга (один из критериев телесного повреждения). Юридический критерий тяжести «вреда здоровью от ПППР» включает: а) «опасность для жизни» в момент причинения повреждений, б) «длительность расстройства здоровья», в) «выраженность и стойкость нарушений адаптации» (в отличие от «утраты трудоспособности» у взрослых). Методология определения «вреда здоровью» состоит в единстве медицинского и юридического критериев. Оценка степени тяжести предполагает возможность квалификации тяжких, менее тяжких и легких повреждений и основывается на использовании следующих критериев: в первую очередь это последствия полученных в криминальной ситуации ЧМТ с различной клиникой и динамикой травматической болезни головного мозга (ТБГМ) и психогенные психические расстройства в виде: а) острой реакции на стресс с дезорганизацией психической деятельности и нарушением прогностических функций, когда потерпевшие в силу возникших суицидоопасных состояний могут

совершать аутоагрессивные действия с тяжелыми последствиями для своего здоровья; б) различного рода психогенно обусловленных психических нарушений в рамках посттравматических стрессовых синдромов и расстройств адаптации. В МКБ-10 выделяются две группы симптомов с подразделением реакции на острый стресс по трем степеням тяжести – легкой, умеренной и тяжелой, клиническая картина острой реакции на стресс не исчерпывается эмоциональными нарушениями, а захватывает и когнитивные процессы. Еще один из критериев устанавливает определенные временные рамки возникновения и течения острой реакции на стресс: «если стрессор преходящий или может быть облегчен, симптомы должны начинать уменьшаться не более чем через восемь часов; если стрессор продолжает действовать, симптомы должны начать уменьшаться не более чем через 48 часов». Отставленной и (или) затяжной реакцией на стрессовое событие может быть посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), возникающее вслед за психотравмирующим переживанием после латентного периода длительностью от нескольких недель до нескольких месяцев (но редко более шести месяцев). Еще одна из важных диагностических категорий – «хроническое изменение личности после переживания катастрофы» (F62.0), описывающее стойкие личностные нарушения в результате психотравмирующего воздействия (нарушения отмечаются минимум два года). Личностному изменению, отвечающему приведенным критериям, часто предшествует ПТСР. Симптомы этих двух состояний могут частично совпадать, поскольку личностное изменение может быть хроническим исходом ПТСР. Исследование причинно-следственной связи в полном объеме, т.е. установление и причины, и следствия, и связи между ними, эксперт никогда не осуществляет. По крайней мере общественно опасное действие как первопричина, предусмотренных законом последствий, находится за рамками экспертного исследования – эксперт устанавливает только непосредственную причину этих последствий (в нашем случае это связь диагностированного психического расстройства с непосредственным травмирующим воздействием, психогенным либо травматическим). Определение генеза психических расстройств – «органического», «эндогенного», «связанного со стрессом» и т.д. – является неотъемлемой частью экспертной диагностики в соответствии с МКБ-10. Заключение о тяжести «вреда здоровью от ПППР» выносится экспертом с учетом ретроспективной, презентальной и прогностической оценки психического состояния потерпевших только при достаточных объективных данных об их психическом здоровье до криминальной ситуации, о динамике ТБГМ, либо психогенных психических расстройствах, квалифицированной и комплексной оценке глубины и тяжести повреждений на момент обследования и анализа прогноза психического расстройства. Комплексные психолого-психиатрические и сексолого-психолого-психиатрические экспертизы считаются наиболее методологически верным и эффективным видом судебных экспертиз, особенно для малолетних и несовершеннолетних потерпевших (в т.ч. по половым преступлениям). В компетенцию психиатра-эксперта входит выявление психических расстройств, их синдромальная и нозологическая квалификация, оценка психического состояния в различных юридически значимых ситуациях. К компетенции психолога-эксперта относится определение уровня психического развития, возрастных и личностных особенностей, анализ их эмоционального состояния в интересующие следствие периоды. Установление этапа психосексуального развития у потерпевших в препубертатном и пубертатном возрасте, выявление его отклонений от нормативных вариантов, а также определение сексуальных расстройств, возникших в результате насилия (особенно при длительном инцесте) – компетенция сексолога-эксперта. К сфере совместной деятельности относится установление «функционального» диагноза и решение экспертных вопросов при наличии у потерпевших психических расстройств; в случае отсутствия таковых ответы на них являются прерогативой психолога-эксперта (Ткаченко А.А., Яковлева Е.Ю., 2008; Ткаченко А.А., 2012; Дмитриева Т.Б., Шостакович Б.В., Ткаченко А.А., 2004).

В отделении АСПЭ была проведена амбулаторная судебная комплексная психолого-психиатрическая экспертиза подэкспертной Л., 2016г.р., которая, передвигаясь вместе с матерью в личном автомобиле, попала в ДТП (встречный автомобиль нарушителя столкнулся и перевернул машину, в которой находилась Л. и её мать). В ходе обследования у подэкспертной были обнаружены признаки **посттравматического стрессового расстройства (МКБ 10 F 43.1)**, что подтверждается анамнестическими, медицинскими сведениями и информацией из материалов дела о перенесенном ребенком, на фоне сохранного, стабильного психического состояния (без снижения интеллекта и когнитивных функций, без эмоционально-волевых нарушений), сильнейшем, внезапном,

непродолжительном по времени, стрессе (психо-травмирующей ситуации - ДТП), приведшем к развитию расстройств фобического, тревожного регистра (страх потери/утраты значимых близких, страх передвижения и приближения к ТС, избегание этого, постоянная тревога за родных с эмоциональным и двигательным возбуждением и паникой, быстрая смена настроения до плаксивости, нарушения аппетита (от отказа до потребления еды с повышением веса) и сна с его поверхностностью, укорочением, ночными пробуждениями и психомоторным возбуждением, повторное переживание психотравмы и навязчивые воспоминания), вегетативным и соматическим нарушениям (гипергидроз, спастический гипертонус в ногах с невозможностью к самостоятельному передвижению и падением при возникновении негативной эмоционально-значимой ситуации). Данный диагноз подтверждается и результатами проведенного клинико-психолого-психиатрического исследования, выявившем на фоне сохранных интеллектуально-мнестических способностей, тревожно-фобический радикал с эмоциональной напряженностью, звучание, непосредственно, психотравмы в переживаниях девочки, вегетативную дисфункцию, спастические нарушения в н/конечностях, возникающие, как реакция на обсуждение стрессорного фактора. У Л. выявляются признаки переживания повышенного внутриличностного напряжения в виде высокого уровня тревоги с нервно-психическим беспокойством и избыточной фиксацией, «застреванием» на собственных негативных эмоциях и представлениях на фоне значительных трудностей в их самостоятельном отреагировании (изживании). В актуальном эмоциональном состоянии выявляется повышенный уровень тревожности в виде скованности, суетливости, легкости возникновения (возобновления) негативных эмоций, связанных с исследуемой ситуацией, с последующей эмоциональной дезорганизацией когнитивной деятельности. Тревожно-фобические переживания Л. содержательно связаны с исследуемой ситуацией. Таким образом, возникновение психической патологии (ПТСР, с временным характером психических расстройств, частичной дезадаптацией подэкспертной на срок более 3-х недель, наличие признаков, указывающих на благоприятный исход), выявленной при настоящем клинико-психолого-психиатрическом обследовании, находится в прямой причинно-следственной связи с дорожно-транспортным происшествием, случившимся 17.06.2024. и относится к категории вреда здоровью средней тяжести.

АМНЕСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В СТРУКТУРЕ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Лазо Ю.В., Днепровский В.С.

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Согласно данным клинических рекомендаций от 2025 года, амнестический синдром, вызванный употреблением алкоголя – это расстройство, проявляющееся стойким, нередко необратимым нарушением кратковременной и/или долговременной памяти, которое в большей степени проявляется в утрате способности к запоминанию нового и в меньшей – в снижении памяти на предшествующие заболеванию события.

По МКБ-10, амнестический синдром – это синдром, связанный с хроническим выраженным нарушением памяти на недавние события: память на отдаленные события иногда нарушается, в то время как непосредственное воспроизведение может сохраняться. Обычно присутствует нарушение чувства времени и порядка событий, в тяжелых случаях ведущее к амнестической дезориентировке, а также способности к усвоению нового материала. Конфабуляции возможны, но не обязательны. Другие познавательные функции обычно сохранены, а дефекты памяти непропорционально велики относительно других нарушений.

Таким образом амнестический синдром, как последствие синдрома зависимости от алкоголя, это тяжелое расстройство, в клинической картине которого преобладают количественные и качественные расстройства памяти, снижение интеллекта и полинейропатия разной степени выраженности. Для врача психиатра-нарколога амнестический синдром, как правило, является труднокурабельным, поскольку требует длительного наблюдения и лечения пациентов, требующий дополнительных методов исследования и консультаций специалистов других специальностей, и нередко приводящий к инвалидизации.

Согласно литературным данным распространенность амнестического синдрома среди популяции в РФ не публикуются.

На базе отделения неотложной наркологической помощи ГАУЗ «Забайкальский краевой наркологический диспансер» за один год в среднем проходит 12 пациентов с амнестическим синдромом, которые после длительного стационарного лечения переводятся под амбулаторное наблюдение и решение вопроса о трудоспособности.

Анализируя структуру нозологических форм пациентов, пролеченных на базе краевого наркологического диспансера с 2018 по 2024 годы, обращает на себя внимание увеличение числа пациентов с амнестическим синдромом на 4,3%, и в 2024 году доля их составила 10,8% (в 2025 – 7,8%) от общей структуры алкогольных психозов. Доля синдрома отмены алкоголя с делирием в указанной структуре в динамике за 8 лет не изменилась и в 2025 году составила 79,7 %. Данную тенденцию следует объяснить изменением тактики в диагностике амнестического синдрома в пользу ранней и частотой его диагностики с целью своевременного назначения препаратов из группы ноотропов, нейрометаболитов и профилактики инвалидизации пациентов.

Таким образом, ранняя диагностика и своевременно назначенное лечение витаминами группы В, ноотропными и нейрометаболическими препаратами синдрома зависимости от алкоголя способствуют разрешению выраженных когнитивных нарушений.

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ПОДВЕРЖЕННОСТИ ЭКСТЕРНАЛЬНОМУ ТИПУ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Лютова А.Д., Григорьева А.А.

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, Москва, Россия

Актуальность. Свыше двух миллиардов человек по всему миру страдают от избыточного веса, одной из главных причин появления которого являются пищевые привычки и нарушения пищевого поведения (НПП). Экстернальное пищевое поведение (ЭксПП) – это разновидность нарушений пищевого поведения, заключающаяся в употреблении пищи в ответ на внешние стимулы (доступность еды, её вид, запах, наблюдение за другими людьми, принимающими пищу), при отсутствии физического голода. Есть данные, что на текущий момент ЭксПП можно рассматривать в качестве наиболее распространённого типа НПП. При исследовании психологических факторов формирования экстернального типа пищевого поведения особое внимание уделяют трудностям саморегуляции. Тем не менее, согласно последним данным, взаимосвязь между особенностями саморегуляции и подверженностью ЭксПП обладает сложной структурой и определяется воздействием множества факторов. По этой причине, появляется необходимость обнаружения дополнительных предикторов. Смысловой уровень саморегуляции людей, демонстрирующих склонность к экстернальному пищевому поведению, остаётся по-прежнему малоизученным, что делает актуальным изучение экзистенциальных детерминант развития ЭксПП.

Цель: исследование особенностей экзистенциальной исполненности (ЭИ) и осмысленности жизни (ОЖ) у женщин, с разной степенью выраженности склонности к экстернальному типу пищевого поведения.

Материалы и методы: в рамках исследования проводился онлайн-опрос (в условиях получения информированного согласия, с соблюдением требований анонимности/конфиденциальности), применялись следующие методики: Голландский опросник пищевого поведения, Тест экзистенциальных мотиваций в адаптации В.Б. Шумского, Е.М. Уколовой, Е.Н. Осина, Я.Д. Лупандиной, Тест смысловых ориентаций в адаптации Д. А. Леонтьева. В исследовании приняли участие 539 женщин в возрасте от 18 до 45 лет. Для статистической обработки использовались: Z-критерий Колмогорова-Смирнова, корреляционный анализ Спирмена, однофакторный регрессионный анализ (линейная модель), кластерный анализ методом K-средних, N-критерий Краскела-Уоллиса. Были использованы программные пакеты IBM SPSS Statistics.

Результаты. Применение кластерного анализа позволило выделить 3 группы испытуемых: женщины с более высокими относительно выборки баллами по ЭксПП (M=3,42), с более низкими

баллами общей оценки ЭИ (M=71,83) и ОЖ (M=50,63) были отнесены в кластер №1 (N=167); кластер № 2 (N=170), напротив, составили респондентки с более низкими относительно выборки баллами по ЭксПП (M=2,99) и более высокими баллами общей оценки ЭИ (M=118,48) и ОЖ (M=108,24); 202 испытуемые со средними оценками изучаемых показателей (MЭксПП=3,21; MЭИ=93,97; MОЖ=79,15) образовали кластер № 3. Между кластерами наблюдаются значимые различия по всем изучаемым показателям (N=29,822-458,382; p=0,000), включая фундаментальные экзистенциальные мотивации (ФЭМ), их предпосылки, а также смысложизненные ориентации. При сравнении кластеров №1 и №2, наибольшие по модулю различия были обнаружены по оценке результативности жизни ($\Delta M=58,76\%$), по оценке реализации Четвёртой ФЭМ ($\Delta M=47,51\%$) и по следующим предпосылкам ФЭМ: ценность в будущем ($\Delta M=52,4\%$), включённость во взаимосвязи ($\Delta M=49,83\%$), признание ценности ($\Delta M=42,48\%$), время ($\Delta M=44,92\%$), опора ($\Delta M=42,25\%$). При корреляционном анализе были обнаружены значимые отрицательные взаимосвязи между показателем ЭксПП и оценками ЭИ ($r=-0,234$, $p=0,000$), ОЖ ($r=-0,236$, $p=0,000$). По результатам регрессионного анализа, экзистенциальная исполненность ($B=-0,242$, $p=0,000$, $DW=1,853$) и осмысленность жизни ($B=-0,240$, $p=0,000$, $DW=1,876$) значимо отрицательно влияют на степень выраженности ЭксПП, причём 5,9% и 5,8% вариаций переменной, соответственно, обусловлены данным влиянием.

Выводы. Согласно полученным результатам, женщины, с более выраженной склонностью к экстеральному типу пищевого поведения, переживают экзистенциальный дефицит, который, прежде всего, обусловлен недостаточной реализацией Четвёртой фундаментальной экзистенциальной мотивации – «Быть должным действовать осмысленно». В основе трудностей её реализации лежит недостаточность присутствия предпосылок, необходимых для удовлетворения соответствующей экзистенциальной потребности – в нахождении смысла. Было обнаружено, что для женщин, подверженных ЭксПП, характерна обеднёность жизненных контекстов, в которые они включены, а также трудности с определением ценностей, необходимых воплотить в будущем. В данных условиях возрастает риск формирования экзистенциального вакуума, характеризующегося чувством пустоты и появлением различных копинговых реакций, которые могут выражаться в виде нарушенного пищевого поведения. Выявленный экзистенциальный дефицит, связанный с повышением приверженности экстеральному пищевому поведению, даёт основания полагать, что в основе данного типа НПП лежат не только поведенческие факторы, но и более глубинные, персональные проблемы. Можно предположить, что в ряде случаев, данные проблемы являются одними из ключевых факторов развития ЭксПП. Таким образом, перспективно дальнейшее исследование смысловой сферы личности людей, подверженных экстеральному типу пищевого поведения.

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СОТРУДНИКОВ МВД РОССИИ: ОТ РАЗРАБОТКИ ДО ВНЕДРЕНИЯ ИННОВАЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Мальцева Т.В.

*Ордена Трудового Красного Знамени Академия управления Министерства внутренних дел
Российской Федерации, Москва, Россия*

Современные макросоциальные, геополитические и технологические трансформации цивилизации характеризуются повышенным уровнем неопределенности и витальной уязвимости, что закономерно актуализирует проблематику психологического здоровья и субъективного благополучия личности. Особую остроту данные вызовы приобретают в контексте профессиональной деятельности сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации, характеризующейся высоким уровнем психоэмоционального напряжения, перманентным стрессовым воздействием и потенциальным риском психотравмирующих ситуаций, в том числе в рамках выполнения задач в зоне специальной военной операции (Махотина-Гараева М.А., 2017).

В связи с этим, возникает насущная необходимость в совершенствовании системы медико-психологической реабилитации сотрудников ОВД, направленной на профилактику профессионального выгорания, сохранение уровня работоспособности, развитие адаптационных ресурсов и обеспечение профессионального долголетия (Петров В.Е., 2009).

Реализация научно-образовательного проекта осуществлялась в рамках антропологического подхода к комплексному человекознанию (Ананьев Б.Г.) и культурно-исторической теории развития психики (Выготский Л.С.). Особое внимание уделено положениям онтопсихологического, ресурсного и субъектного подходов, ориентированных на холистическое понимание личности, ее потенциальных возможностей и динамики развития (Ананьев Б.Г., 2010, Асмолов А.Г., 2019, Выготский Л.С., 1983, Леонтьев Д.А., 1999 и др.).

Концептуальными ориентирами разработки научно-образовательного проекта послужили теоретические построения в области психологии личности, психологии здоровья, экзистенциальной психологии, психологии безопасности и психологии взрослости, рассматривающие человека как активного субъекта саморегуляции и жизнеосуществления.

Основной целью научно-образовательного проекта являлось создание и имплементация комплексной, научно обоснованной системы психологической помощи в рамках медико-психологической реабилитации сотрудников ОВД, выполнявших служебные задачи в особых условиях, включая участие в контртеррористических операциях и специальной военной операции. Ключевые задачи включали: теоретико-методологическое обоснование эффективности современных технологий психологической помощи и реабилитации; расширение методического потенциала клинических психологов ОВД; разработка и валидация инновационных психотехнологий, направленных на повышение резильентности и стрессоустойчивости сотрудников; Развитие компетенций руководителей и медицинских психологов центров психофизиологической диагностики (ЦПД) МВД России.

Ключевыми результатами в рамках реализации научно-образовательного проекта стали. Во-первых, разработка и регистрация Приказа МВД России от 23 июля 2024 г. № 429 «О медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации» (зарегистрирован в Минюсте России 30.08.2024 № 79354), что является фундаментальным шагом в систематизации данного направления. Во-вторых, создание и издание учебного пособия «Психологическая помощь, оказываемая в рамках медико-психологической реабилитации сотрудников ОВД с признаками невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств» (2024 г.), ориентированного на медицинских психологов и преподавателей образовательных организаций системы МВД России. В-третьих, разработка и внедрение дополнительной профессиональной программы повышения квалификации для руководителей центров психофизиологической диагностики (2023 г.), включающей правовой и психологический модули и медицинских психологов медико-санитарных частей МВД России. Кроме того, проведение обучения для 115 медицинских психологов и психиатров медико-санитарных частей МВД России, а также 6 преподавателей образовательных организаций системы МВД России, которое включало в себя освоение психотехнологий реабилитации, таких как: телесно-ориентированная психокоррекция, арт-терапия, дыхательные практики, десенсибилизация и переработка движением глаз (ДПДГ) и др. Обучение включало в себя отработку навыков психологического консультирования, направленного на активизацию внутренних ресурсов личности, поиск возможных сценариев деструктивного поведения, ведущих к снижению витальности, конструирование и селекцию адаптационно значимых способов преодоления и разрешения проблемных ситуаций, а также развитие рефлексивных способностей.

Психокоррекционная технология «Холистический палсинг» как метод психокоррекции и социально-психологической реадaptации сотрудников силовых ведомств, подвергшихся воздействию психотравмирующих факторов имеет научно обоснованное применение (1999–2012 гг.) и представляет собой комплексную систему, способствующую улучшению психофизиологического состояния. Техники раскачивания и вибрации обеспечивают организм ресурсами для восстановления здоровья на всех уровнях. «Холистический палсинг» позволяет работать с дезинтеграцией и диссоциацией личности (как следствиями травматического стресса) на соматическом уровне, способствуя целостности организма, а также на когнитивном уровне, помогая через осознание и принятие интегрировать травматический опыт в континуум жизненного опыта.

Арт-терапевтические методики в проекте представлены психотерапевтическим синквейном – методом краткого, нерифмованного стихотворения из пяти строк, используемый для работы с эмоциональными состояниями и переживаниями. Способствует экспрессии чувств, идентификации и

анализу проблем, а также поиску решений, стимулируя самопознание и трансформацию, а также методом творческого рисования по специальному алгоритму. Метод предназначен для осознания личностных проблем и поиска их решений.

Особое внимание в проекте уделено управляемым технологиям релаксации, которые направлены на активизацию когнитивных и мыслительных процессов, мобилизацию ресурсных механизмов, использования имеющегося опыта и обогащение субъективной картины мира. Дыхательные психопрактики (на примере техники «Вайвейшн») способствуют запуску естественных механизмов восстановления эмоционального равновесия, повышения независимости от внешних деструктивных воздействий, сохранению ясности мышления в стрессогенных и конфликтных ситуациях, совершенствованию навыков самоконтроля и телесного управления.

Реализация проекта позволила имплементировать многоуровневую модель психологической помощи, интегрирующую диагностические, профилактические, коррекционные и реабилитационные мероприятия, направленные на оптимизацию психоэмоционального состояния сотрудников ОВД.

Отмечается высокая эффективность применяемых психологических технологий в работе с последствиями стрессогенных воздействий, в повышении стрессоустойчивости, развитии личностных ресурсов и восстановлении способности к саморегуляции (Мальцева Т.В., 2024).

Полученные результаты подтверждают, что комплексная медико-психологическая реабилитация является ключевым фактором обеспечения профессионального здоровья и профессионального долголетия сотрудников ОВД. Интеграция данных практик в систему профессионального образования МВД России способствует подготовке высококвалифицированных специалистов, обладающих необходимыми компетенциями для оказания эффективной помощи в условиях профессиональных рисков.

Комплексный научно-образовательный проект продемонстрировал существенный потенциал в развитии системы медико-психологической реабилитации МВД России, доказал научную, социальную и практическую значимость, внося весомый вклад в укрепление кадрового и психологического ресурса МВД России.

ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ МЕТОДА EMDR НА ПОКАЗАТЕЛИ СОЦИАЛЬНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ

Мельникова И.М., Шаймухаметова С.Ф.

Казанский инновационный университет им. В. Г. Тимирязова, г. Казань, Россия

За последние три десятилетия метод десенсибилизации и переработки травм движениями глаз (EMDR) претерпел внушительную эволюцию, превратившись из дискуссионной – и поначалу воспринимаемой скептически – инновации в признанный «золотой стандарт», который сегодня удерживает прочные позиции в мировой психотерапевтической парадигме (Шапиро Ф., 2021). Важно подчеркнуть, что признание метода давно вышло за пределы академических споров: на данный момент не только такие международные организации, как ВОЗ, АРА и NICE, признали приоритетность EMDR при коррекции ПТСР (Guidelines, 2013), но и отечественное здравоохранение окончательно интегрировало этот подход в официальные рекомендации 2023 года, что мы склонны считать ключевым поворотом для клиницистов. Как нам представляется, корни такого признания уходят гораздо глубже формальных цифр; здесь мы имеем дело с уникальным функционалом, позволяющим методу напрямую воздействовать на нейробиологическую основу тревожных состояний. По сути, терапия вступает в диалог с самой физиологией стресса, перенастраивая «изнутри» те глубинные механизмы обработки информации, которые ранее казались недоступными для быстрой коррекции.

Актуальность исследования продиктована пересечением двух, казалось бы, разнонаправленных тенденций. Мы наблюдаем, как форсированная популяризация EMDR в России, стимулируемая острым запросом на «быстрый результат», разворачивается на фоне беспрецедентного затяжного стресса населения. Социологические данные в данном ключе выглядят внушительными: если ФОМ стабильно фиксирует преобладание тревожных настроений у критического большинства в 50–70% респондентов (ФОМ, 2024), то данные ВЦИОМ свидетельствуют о полуторакратном скачке числа

граждан, живущих в режиме перманентного напряжения при «Индексе стресса» в 50,6 пунктов (ВЦИОМ, 2025). Если обратить внимание на то, как цифровая среда и экономическая турбулентность разгоняют этот процесс, то можно сделать однозначный вывод: социальная тревожность сегодня перестала быть исключительно медицинским термином. Она переросла в масштабный вызов качеству жизни населения, вынуждая нас пересматривать традиционные, зачастую инертные и избыточно растянутые во времени терапевтические протоколы.

Несмотря на признанный успех EMDR в работе с ПТСР, его потенциал в глубинной коррекции когнитивных искажений при социальной тревоге все еще остается полем для активного научного поиска. Вследствие этого в основу нашего исследования легла попытка восполнить данный пробел, где акцент был сделан на проверке именно краткосрочного протокола.

Для оценки динамики состояния респондентов мы обратились к опроснику социальной тревоги и социофобии (ОСТиСФ) О. А. Сагалаковой и Д. В. Труевцева (2012) – инструменту, позволяющему отследить качественные сдвиги в структуре тревоги. Апробация проводилась в малых группах (по 5 человек) и включала две сессии по 2,5 часа с недельным интервалом. Подобный формат, на наш взгляд, оптимален: он обеспечивает необходимую интенсивность воздействия, оставляя достаточное время для самостоятельной доработки полученного опыта. Ввиду специфики выборки (21 человек) статистическая достоверность проверялась через непараметрический Т-критерий Вилкоксона, что позволило нам избежать ложных интерпретаций при фиксации сдвигов внутри группы.

Результаты, полученные в ходе математико-статистической обработки, обладают высокой степенью статистической значимости ($p < 0,001$). Снижение среднего балла с 42,43 до 27,19 (на 36%) наглядно демонстрирует, что минимальное терапевтическое вмешательство в рамках EMDR способно существенно снижать проявления социальной тревоги.

Если проанализировать структуру изменений, то наиболее показательная динамика зафиксирована по шкалам «Тревога в ситуациях внимания» (снижение с 9,71 до 5,62) и «Избегающее поведение» (с 8,43 до 5,14). Необходимо подчеркнуть: динамика состояния респондентов характеризуется не только снижением уровня тревожности, но и качественной трансформацией перцептивных механизмов в отношении социального окружения. Внимание окружающих перестало априори расцениваться как критическое или угрожающее, что, в свою очередь, позволило отказаться от привычной стратегии защитной самоизоляции в пользу поведенческой гибкости.

Не менее значимым представляется снижение показателей по шкале «Постситуативные негативные размышления» (с 10,48 до 7,10). Можно утверждать, что EMDR эффективно купирует склонность к руминациям, помогая психике быстрее ассимилировать негативный опыт общения, вместо того чтобы многократно воспроизводить его в памяти. Примечательно также, что положительные сдвиги затронули такие сензитивные сферы, как взаимодействие с противоположным полом (снижение с 8,76 до 5,81), что закладывает прочный фундамент для качественного изменения межличностных отношений в будущем.

Подводя итог, можно утверждать, что гипотеза исследования нашла свое полное подтверждение: метод EMDR способствует глубокой редукции всех ключевых компонентов социальной тревожности. Благодаря механизму ускоренной переработки, он позволяет за короткое время не только проработать эмоциональные последствия негативного опыта социального взаимодействия, но и трансформировать их в адаптивный ресурс. Перспективы дальнейшей работы мы видим в сравнительном анализе индивидуального и группового форматов, а также в изучении возможностей онлайн-терапии, что критически важно в условиях дефицита времени и ресурсов современной психологической службы.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И КОГНИТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ ПРИ КОМОРБИДНОЙ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ: ПОПЕРЕЧНОЕ СРАВНЕНИЕ ГРУПП

Мкртчян Т.А.М., Данилин И.Е.

*Психиатрическая клиническая больница № 13 Департамента здравоохранения города Москвы,
Москва, Россия*

Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы, Москва, Россия

Введение. Шизофрения остаётся одной из ведущих причин стойкого снижения социального функционирования вследствие негативной симптоматики и когнитивного дефицита, которые во многом определяют функциональные исходы даже при редукции позитивных симптомов (Correll C.U., Schooler N.R., 2020; Howes O. и др., 2023). Коморбидные расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, ассоциированы с клинической неоднородностью и усложняют феноменологическое разграничение первичных и вторичных дефицитарных проявлений (Ward H.V. и др., 2023).

Цель исследования. Сопоставить клинико-психопатологические и когнитивные показатели у пациентов с параноидной шизофренией без синдрома зависимости и у пациентов с параноидной шизофренией при коморбидной наркотической зависимости на этапе исходного (скринингового) обследования.

Материалы и методы. Проведено аналитическое поперечное исследование. Обследованы 130 пациентов в возрасте от 18 до 45 лет: группа «ШЗ» – 66 пациентов с параноидной шизофренией (МКБ-10: F20.0) без синдрома зависимости; группа «ШЗ+НЗ» – 64 пациента с параноидной шизофренией при коморбидной наркотической зависимости. Психопатологическая симптоматика оценивалась по шкале PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale), негативная симптоматика – по шкале SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms), когнитивное функционирование – по шкале BACS (Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia), глобальный уровень функционирования – по шкале GAF (Global Assessment of Functioning), выраженность наркологического домена – по шкале ASI (Addiction Severity Index). Для межгрупповых сравнений применялись параметрические и непараметрические критерии в зависимости от распределения показателей.

Результаты и обсуждение. Группы были сопоставимы по базовым демографическим характеристикам. В группе ШЗ+НЗ выявлялась более выраженная уязвимость когнитивного домена (снижение показателей BACS) и тенденция к более неблагоприятному профилю дефицитарных проявлений (SANS) при сопоставимых уровнях продуктивной симптоматики по шкале PANSS. По индикаторам социального функционирования существенных межгрупповых различий на скрининговом этапе не получено, что подчёркивает ограниченность интегративных функциональных шкал (в частности GAF) и необходимость более детализированной оценки повседневной активности и реабилитационного потенциала. Полученные данные согласуются с представлениями о том, что коморбидное употребление ПАВ способно усиливать когнитивную дисфункцию и маскировать/модулировать выраженность негативных симптомов, что требует доменного подхода к оценке дефицита (Giordano G.M. и др., 2025).

Заключение. У пациентов с параноидной шизофренией при коморбидной наркотической зависимости на этапе исходного обследования выявляются более выраженные нарушения когнитивного функционирования и особенности дефицитарного профиля по сравнению с пациентами без зависимости. Практическая значимость результатов заключается в необходимости раннего выявления когнитивной уязвимости, целевого подбора психофармакотерапии и включения когнитивно-реабилитационных и аддиктологических вмешательств в комплекс ведения таких пациентов.

РОЛЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАСИЛИЯ В ФОРМИРОВАНИИ КЛИНИЧЕСКОГО КОНТИНУУМА СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ

Морозова С.А., Артемьева М.С.

Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы, Москва, Россия

Актуальность. Роль детской психотравмы в этиологии соматоформных расстройств (СФР) широко обсуждается в отечественной и зарубежной литературе (Чижова А.И., 2012; Гришкина М.Н. и др., 2015; Галимова Э.М., 2021; Uji et al., 2022), однако данные о сравнительном вкладе отдельных её типов, в частности эмоционального насилия, в формирование клинически выраженных форм СФР именно в студенческой популяции остаются фрагментарными. В современной психиатрии данная проблема всё чаще рассматривается с позиций учения о психотравме, где неразрешённый детский опыт выступает ключевым этиопатогенетическим фактором. Концепция «новой истерии» (Менделевич В.Д., 2024) подчёркивает диссоциативно-конверсионную природу функциональных симптомов, опосредованных алекситимией и дезадаптивными копинг-стратегиями на фоне ретроспективной травмы. Несмотря на растущее признание травматической этиологии СФР, необходимость эмпирического подтверждения прогностической роли эмоционального насилия для перехода от субклинических проявлений к развёрнутому расстройству остаётся высокой. Актуальность исследования обусловлена необходимостью перехода от симптоматического лечения к превентивным моделям, учитывающим травматический анамнез в уязвимой популяции.

Цель исследования. Оценить значимость эмоционального насилия в анамнезе для формирования соматоформных расстройств у студентов и обосновать его интеграцию в алгоритмы ранней диагностики.

Материалы и методы исследования. Проведено сравнительное поперечное исследование (2025–2026 гг.) с участием 120 студентов вузов (средний возраст 21,4 года; 78,3% женщин). На основании клиничко-психопатологического интервью и критериев МКБ-10 сформированы три группы: клиническая (соматоформные расстройства, F45, n=40), субклиническая (умеренная соматизация без социально-учебной дезадаптации, n=40) и контрольная (условно здоровые, n=40). Оценка детской травмы проводилась с помощью опросника Childhood Trauma Questionnaire (СТQ-SF), уровень соматизации – опросником PHQ-15. Статистический анализ выполнен в пакете jamovi 2.6: проверка нормальности (Шапиро–Уилк), сравнение независимых групп (критерий Крускала–Уоллиса с пост-хок тестом DSCF), корреляционный анализ Спирмена. Все участники подписали форму добровольного информированного согласия.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования установлено, что уровень эмоционального насилия в детском анамнезе достоверно различается между группами ($\chi^2(2)=36,212$, $p<0,001$). Пост-хок анализ (DSCF) подтвердил, что клиническая группа ($14,03\pm 7,07$) значимо превосходит как субклиническую ($8,72\pm 3,43$; $p<0,001$), так и контрольную группы ($6,45\pm 1,65$; $p<0,001$) по шкале СТQ-SF «Эмоциональное насилие». При этом субклиническая группа также демонстрирует статистически значимое превышение показателя относительно контроля ($p<0,001$), что свидетельствует о градиентном усилении травматического компонента по мере перехода от нормы к развёрнутому расстройству.

Выявлена прямая корреляция между ретроспективной оценкой эмоционального насилия и общим баллом соматизации (PHQ-15) в объединённой выборке ($\rho=0,565$, $p<0,001$). Эмоциональное насилие также значимо коррелирует с уровнем тревоги (HADS-A: $\rho=0,500$, $p<0,001$), депрессии (HADS-D: $\rho=0,465$, $p<0,001$) и алекситимии (TAS-20: $\rho=0,340$, $p<0,001$), что подтверждает гипотезу о диссоциативно-конверсионном механизме соматизации: непроработанный аффект, обусловленный травматическим опытом, «переводится» в телесный симптом при дефиците вербализации эмоций.

Бинарная логистическая регрессия показала, что повышение общего балла соматизации значимо предсказывает принадлежность к группе с клинически выраженными симптомами (OR=1,27; 95% ДИ 1,04–1,55; $p=0,017$) при обратной кодировке референсной группы. Модель продемонстрировала высокую прогностическую валидность (AUC=0,910; чувствительность 80%, специфичность 90%). При попарном сравнении «клиника vs контроль» предикторами выступили соматизация (OR=0,705; $p=0,039$) и алекситимия (OR=0,843; $p=0,044$), а при сравнении «клиника vs субклиника» — уровень тревоги (OR=0,657; $p=0,005$). Эти данные эмпирически верифицируют концепцию «новой истерии»:

соматоформные симптомы формируются не как изолированная нозология, а как континуум диссоциативных реакций, опосредованных алекситимией, избегающим копингом ($p=0,494$, $p<0,001$) и ретроспективной травмой.

Стратегия «бегство-избегание» (WCQ) значимо ассоциирована как с тяжестью соматизации, так и с уровнем эмоционального насилия ($p=0,407$, $p<0,001$). Это позволяет интерпретировать соматический симптом как диссоциативно-конверсионный механизм совладания, направленный на снижение психотравматического напряжения через телесное выражение дистресса. При этом клиническая группа демонстрирует более низкую вовлечённость в адаптивные копинг-стратегии (планирование решения, положительная переоценка) и значимо чаще прибегает к непродуктивным способам преодоления стресса (табакокурение, $\chi^2=6,58$, $p=0,037$; употребление седативных без назначения, $\chi^2=10,4$, $p=0,005$).

Клиническое наблюдение показало субъективное снижение тяжести симптомов после первого структурированного интервью у 85% клинической и 80% субклинической группы, что согласуется с гипотезой о дестигматизирующем и психообразовательном потенциале терапевтического диалога. Данный феномен можно интерпретировать в рамках дестигматизирующего и психообразовательного потенциала диалога: вербализация переживаний в безопасной обстановке способствует снижению диссоциативного напряжения и формированию терапевтического альянса.

Полученные данные могут быть выражены в практической деятельности. Во-первых, скрининг эмоционального насилия и алекситимии целесообразно интегрировать в рутинную практику первичного звена вузовской поликлиники для раннего выявления студентов группы риска. Во-вторых, субклиническая группа представляет собой «окно возможностей» для превентивных интервенций, направленных на тренировку распознавания аффектов и замещение избегающих стратегий. В-третьих, разработанная регрессионная модель может служить основой для алгоритма ступенчатой помощи: от цифрового скрининга к краткосрочной психотерапии и, при необходимости, к комплексному лечению, включая прием фармакотерапии.

Выводы. Эмоциональное насилие в детском анамнезе выступает значимым предиктором тяжести соматоформной симптоматики у студентов, формируя психопатологическую основу для развития клинического континуума расстройств.

АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Мындускин И.В., Краева А.П., Догонов А.Т., Зенкова В.М., Забелин М.А.

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

Актуальность. Среди всех психических расстройств особое место занимает шизофрения, которая является тяжелым мультифакториальным психическим заболеванием, имеющим широкую распространенность, а также неблагоприятные социальные и экономические последствия. А одними из основных клинических проявлений данного заболевания являются негативная симптоматика и нарушения когнитивных функций. Течение и исход заболевания различны и могут, в том числе зависеть от социо-культурального развития пациента и во многом за счет уменьшения адаптационных возможностей. При этом, ремиссия не является конечной целью лечения, а рассматривается как основа последующего улучшения социального и когнитивного функционирования, что приводит к более благоприятному исходу и повышению реабилитационных способностей пациентов с непрерывным типом шизофрении.

Цель работы. Оценить адаптационные возможности пациентов с параноидной шизофренией в зависимости от уровня безнадежности.

Материалы и методы. На базе ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница имени В.Х. Кандинского» было обследовано 40 пациентов с диагнозом «Шизофрения параноидная, непрерывный тип течения» (F 20.0), в возрасте от 18 до 60 лет, средний возраст составил 37,7 лет. Оценка уровня безнадежности проводилась с помощью шкалы безнадежности Бека, с целью оценки социально-психологической адаптации использовался русифицированный вариант методики К.

Роджерса и Р. Даймонда с установлением типа компенсаторно-приспособительного реагирования и типа социально-психологической адаптации. Оценка адаптации и уровня социального функционирования пациентов в социуме проводилась по шкале самооценки социальной адаптации SASS (The Social Adaptation Selfevaluation Scale – SASS), также оценивался ряд клинико-анамнестических сведений.

Обследуемые пациенты были разделены на две группы в зависимости от выявленного уровня безнадежности: 1-я группа – пациенты с отсутствием чувства безнадежности ($n=20$; 50%), 2-я группа – с легким и умеренным уровнями безнадежности ($n=20$; 50%). Статистический анализ проводили с помощью программы IBM SPSS Statistics V26.

Результаты. Было установлено, что обследованные лица были полностью сопоставимы между собой по полу и возрасту – $p>0,05$ (по частоте госпитализаций за последние два года, типам индивидуальных компенсаторно - приспособительных защит, профессиональному статусу и семейному положению). Однако выявлены статистически значимые различия по уровню самооценки социальной адаптации, уровню полученного образования и типам социальной адаптации: у большинства (70%) пациентов с легким и умеренным уровнями безнадежности зарегистрирован более низкий уровень самооценки социальной адаптации, более половины (55%) из них имели высшее или средне-специальное образование, 10% из них находятся в браке. В то время как среди пациентов с отсутствием безнадежности по шкале Бека преобладали высокая социальная адаптация (65%) и более высокая частота встречаемости среднего и общего образования (60%), а также 25% из них находятся в браке.

Вывод. Таким образом, полученные данные демонстрируют у обследованных пациентов, с отсутствием склонности к безнадежности, более высокий уровень самооценки социальной адаптации и более низкий уровень образования, а также эти пациенты чаще проживают одни и не находятся в браке. Пациенты с легким и умеренным уровнями безнадежности склонны к более низкому уровню самооценки социальной адаптации, а также характеризуются более благоприятными типами социальной адаптации. В тоже время, безнадежность в меньшей мере зависит от объективного уровня социальной адаптации (так как при более выраженной безнадежности преобладают благоприятные типы адаптации).

ВЕБ-КАЛЬКУЛЯТОР «MENTION» ДЛЯ ОЦЕНКИ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

Мындускин И.В., Лубсанов П.Б., Григорьев О.А., Михалева К.С., Шишмарев М.А.

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

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Актуальность. Суицидальное поведение в Забайкальском крае характеризуется высокими показателями по сравнению с общероссийскими и региональными данными, остаётся актуальной социальной проблемой, несмотря на общую тенденцию к снижению показателей смертности от самоубийств в регионе. Забайкальский край исторически входил в группу субъектов РФ с высоким уровнем смертности от суицидов, хотя в последние годы ситуация несколько стабилизировалась. В последние два десятилетия регистрируется снижение смертности от суицидов среди населения Забайкалья. По данным Федерального регистра государственной статистики число суицидов по Российской Федерации снижался: в 2021г – 10,6, в 2022г – 9,22, а в 2023г – 7,78 на 100 тыс. населения (уменьшение в 1,3 раза). При этом частота завершённых суицидов в Забайкальском крае в 2,5 раза выше среднероссийской и в 1,5 раза выше, чем в Дальневосточном федеральном округе (16,6 на 100 тыс. населения в 2021 году). Результаты диагностики суицидального поведения во многом зависят от уровня квалификации медицинского персонала, от возможности реализации персонифицированного подхода, а вовремя проведенная оценка суицидального риска позволит существенно снизить число завершённых суицидов.

Цель работы. Создание веб-калькулятора, позволяющего оценить суицидальный риск на основе оригинальных шкал и опросников для анкетирования использованы тесты: СР-10 (шкала суицидального риска), шкала безнадежности Бека, опросник кризисного состояния для несовершеннолетних (ОКС-7), шкала Любана-Плоцца.

Материалы и методы. На базе языков программирования для верстки сайта, таких как HTML, CSS, JavaScript в программной среде VisualStudioCode и GitHub был создан веб-калькулятор «MENTION». Для оценки суицидального риска у подростков использовали один опросник и три шкалы для анкетирования: CP-10 (шкала суицидального риска), шкала безнадежности Бека, опросник кризисного состояния для несовершеннолетних (ОКС-7), шкала Любана-Плоцца, а для обследования взрослых две шкалы: CP-10 (шкала суицидального риска), шкала безнадежности Бека. Данная программа позволяет проводить математическое моделирование и анализ введенных параметров и представляет собой программный алгоритм на базе языка программирования JavaScript.

Результаты. При работе с веб-калькулятором пациент имеет возможность самостоятельно вносить свои данные: возраст, пол. С дальнейшим прохождением опросников, предложенными программой. Важной особенностью данного веб-калькулятора «MENTION» является не только возможность оценки возникновения суицидального риска, но и использование шкалы Бека для выявления уровня безнадежности. Неоспоримым преимуществом веб-калькулятора «MENTION» является определение риска по различным школам, с дальнейшим автоматическим сопоставлением результатов и формирование единого заключения.

Вывод. Таким образом, использование веб-калькулятора «MENTION» для оценки суицидального риска позволит оптимизировать обследование и лечение пациентов, повысить производительность труда врача-психиатра, а также обеспечивает систему поддержки принятия решений врачом. Созданный программный калькулятор может применяться в качестве электронного помощника врача на амбулаторном и стационарном этапе оказания медицинской помощи, особенно в организациях, где нет клинического психолога.

О РЕАЛИЗАЦИИ СИСТЕМЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ НЕЗАКОННОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ, В ЧАСТИ ПРОВЕДЕНИЯ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ НА ТЕРРИТОРИИ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ ЗА 2024–2025 УЧЕБНЫЙ ГОД

Мязина О.А.

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Проблема употребления психоактивных веществ несовершеннолетними в Российской Федерации в последние годы является актуальной и представляет угрозу здоровью населения, экономике страны, социальной сфере и правопорядку. На сегодняшний день существует ряд программ, направленных на противодействие распространению наркотиков. В дополнение к данным мерам государство предложило в помощь ещё один способ – добровольное тестирование обучающихся образовательных организаций на наркотики с целью выявления фактов употребления наркотических веществ.

Во исполнение Федерального закона Российской Федерации от 7 июня 2013 года № 120-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам профилактики незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ» в Забайкальском крае в 2024-2025 учебном году проводились профилактические мероприятия по раннему выявлению потребителей психоактивных веществ в общеобразовательных и профессиональных образовательных организациях края.

На первом этапе Министерством образования Забайкальского края проведено социально-психологическое тестирование (СПТ) обучающихся на предмет раннего выявления немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ в общеобразовательных организациях, организациях профессионального и высшего образования Забайкальского края. СПТ прошли 66190 обучающихся из 69211 подлежащих. В адрес Министерства здравоохранения Забайкальского края направлены результаты СПТ, согласно которым 1975 человек или 3% отнесены к группе риска (с высочайшей вероятностью) по употреблению наркотических средств и психотропных веществ. Именно эта группа нуждается в профилактическом медицинском осмотре с целью уточнения ситуации по немедицинскому потреблению наркотических средств и психотропных препаратов.

Второй этап профилактических медицинских осмотров обучающихся начат в первом квартале 2025 года в соответствии с распоряжением Министерства здравоохранения Забайкальского края от 17 января 2025 года № 27/р «О проведении профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях Забайкальского края в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ».

Профилактические медицинские осмотры в образовательных организациях г. Читы и районов Забайкальского края проводились при наличии информированного добровольного согласия в письменной форме, которое оформляли обучающиеся, достигшие 15 лет.

Медицинский осмотр начинался с профилактической информационно-разъяснительной беседы с обучающимися по вопросам незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также сбора анамнестических сведений. Врачом психиатром-наркологом осуществлялся осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек.

В дальнейшем проводились предварительные химико-токсикологические исследования, направленные на получение доказательных результатов выявления в образцах биологических жидкостей человека наркотических средств и психотропных веществ.

В случае выявления положительных результатов проводились подтверждающие химико-токсикологические исследования, направленные на идентификацию наркотических средств, психотропных и иных токсических веществ (их метаболитов).

Результаты проведенного профилактического медицинского осмотра доводились до обучающегося, достигшего возраста пятнадцати лет и его законному представителю.

В 2025 г. в Чите и районах края подлежало тестированию 30643 обучающихся в 203 образовательных организациях (47 в Чите и 156 в районах края).

По г. Чите подлежало тестированию 14112 обучающихся, из них 6924 (49%) - учащиеся общеобразовательных организаций, 7188 (51%) - учащиеся профессиональных организаций. Прошло тестирование 11627 человек (82,4 % от числа подлежащих), в том числе 5517 (47,4%) - учащиеся общеобразовательных организаций, 6110 (52,6%) - учащиеся профессиональных организаций. Не прошли тестирование 2485 человек (17,6% от подлежащих), из них 85 (3,4%) - по причине отказа, 2400 (96,6%) - по причине отсутствия в день тестирования. По г. Чите выявлено 2 потребителя наркотических веществ (0,02%) - учащиеся профессиональных организаций.

Выявленные несовершеннолетние потребители наркотиков были взяты под наблюдение врачом психиатром-наркологом для проведения профилактических мероприятий, направленных на отказ от употребления психоактивных веществ.

В районах Забайкальского края подлежало тестированию 16531 обучающийся. Прошли тестирование 13045 (78,9%) человек, не прошли тестирование 3486 (21,1 %), из них 808 (23,2%) - по причине отказа, 2678 (76,8%) – по причине отсутствия в день тестирования. В районах Забайкальского края потребители наркотических веществ не выявлены.

Таким образом, из 30643 обучающихся, подлежащих тестированию на наркотики, обследование прошли 24672 человека (80,5% от числа подлежащих). Не прошли тестирование 5971 человек (19,5% от подлежащих), из них основная масса (5078 человек) - по причине отсутствия в день тестирования. Выявлено 2 потребителя наркотических веществ (0,01%) – учащиеся профессиональных организаций.

В 2025 г. число учащихся, прошедших профилактические медицинские осмотры на предмет раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, на 16,7% больше, чем в 2024 г.

Проведение профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях Забайкальского края продолжено в 2026 году в соответствии с новым Порядком проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, утвержденным приказом Минздрава России от 25.04.2025 № 256н.

Таким образом, тестирование обучающихся является составной частью государственной

антинаркотической политики в сфере профилактики наркологических заболеваний, может выступать как сдерживающее средство, помогающее предотвратить начало употребления наркотиков, или препятствовать его продолжению.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЙ И ВЫДАЧИ МЕДИЦИНСКИХ ЗАКЛЮЧЕНИЙ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ВОДИТЕЛЬСКИХ ПРАВ И РАЗРЕШЕНИЯ НА ОРУЖИЕ

Оглоблина О.Н., Завгородняя Е.Б.

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

С целью выдачи медицинских заключений для получения водительских прав и разрешения на оружие в ГАУЗ «Забайкальский краевой наркологический диспансер» проводится медицинский осмотр врачами-специалистами: психиатром, психиатром-наркологом, офтальмологом, оториноларингологом, неврологом, терапевтом. Для получения необходимой медицинской справки до 2017 года жители Забайкальского края обращались сначала в поликлинику по месту жительства, а затем в специализированные медицинские учреждения по профилю «психиатрия» и «психиатрия-наркология», что занимало не менее двух-трех дней.

В декабре 2017 года с целью повышения доступности медицинской помощи ГАУЗ «Забайкальский краевой наркологический диспансер» при поддержке Министерства здравоохранения Забайкальского края реализовал проект по выдаче медицинских заключений для получения водительских прав и разрешения на оружие в режиме «одного окна», то есть в максимально короткое время (в течение 1-2 часов) в одном учреждении.

Для выдачи медицинских заключений в диспансере было организовано отделение медицинских осмотров с кабинетами специалистов и процедурными кабинетами. Организованы кабинеты функциональной диагностики, в которых осуществляется процедура электроэнцефалография. В связи с расширением сферы деятельности в штатное расписание введены новые должности врачей-специалистов: оториноларинголога, офтальмолога, врача функциональной диагностики, невролога, терапевта, психолога.

Медицинские освидетельствования проводятся в соответствии с нормативно-правовой базой, согласно которой освидетельствование для выявления противопоказаний к управлению транспортным средством и к владению оружием начинается с осмотра врачей психиатра и психиатра-нарколога. При медицинском освидетельствовании для выдачи разрешения на оружие и получение прав после лишения проводится химико-токсикологическое исследование мочи на наркотики и биохимический анализ крови на маркеры хронического алкоголизма.

В 2025 году в ГАУЗ ЗКНД было выдано 31749 медицинских заключений для получения водительских прав что на 23,9 % больше, чем в 2024 году (25620), и 6198 медицинских заключений для получения разрешения на оружие, что на 3,6 % больше, чем в 2024 году (5981).

В большинстве случаев медицинское освидетельствование проводится водителям (кандидатам в водители) транспортных средств категории «А», «В» (2024 г. – 17360, или 67,8 % от числа всех медицинских освидетельствований; 2025 г. - 21819 или 68,7 %), категории «С», «D», «E» являются менее востребованными (8260 или 32,5 % в 2024 г.; 9930 или 31,3 % - в 2025 г.).

По результатам медицинского освидетельствования водителей (кандидатов в водители) транспортных средств в 2025 году выявлено 9657 медицинских показаний к управлению транспортными средствами (2024 г. – 8357): с использованием медицинских изделий для коррекции зрения - 9384 (29,6 % от общего количества выданных заключений), оборудованных акустической парковочной системой – 112 (2024 г. – 56), с использованием водителем транспортного средства медицинских изделий для компенсации потери слуха – 84 (2024 г. – 81), с ручным управлением – 15 (2024 г. – 9), с автоматической трансмиссией – 59 (2024 г. – 46).

Медицинских ограничений к управлению транспортным средством в 2025 году выявлено 178 (2024 г. – 206), из них категории «В» - 87 (во всех случаях - со стороны органа зрения), категорий «С», «D», «DE» – 158 (со стороны органа слуха – 8, со стороны органа зрения – 130, со стороны опорно-двигательного аппарата – 19). В 10-ти случаях в 2025 году выявлено медицинское противопоказание

к управлению транспортным средством – эпилепсия (2024 г. - 11).

По результатам медицинских освидетельствований врачами психиатрами и психиатрами-наркологами в рамках освидетельствований на право управления транспортным средством и владения оружием в 2025 году выявлено 594 медицинских противопоказаний (1,3 % от всех освидетельствований данной категории, в том числе и в рамках неполных комиссий):

I. Психические расстройства и расстройства поведения (кроме F10-F19) - 419 (в том числе в 25 случаях заболевание было выявлено впервые):

- к управлению транспортным средством - 304;
- к владению оружием - 115;

II. Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (F10-F19) - 536 (в 211 случаях заболевание было выявлено впервые):

- к управлению транспортным средством - 366;
- к владению оружием – 170.

Все лица с выявленными медицинскими противопоказаниями к управлению транспортными средствами и владению оружием, а также медицинскими ограничениями к управлению транспортными средствами направлены к врачам специалистам соответствующего профиля в медицинские организации по месту жительства.

Таким образом, указанный период работы отделения медицинских осмотров ГАУЗ ЗКНД показал высокую востребованность услуг по проведению «полных» комиссий на водительские права и на оружие в режиме «одного окна», позволяющих гражданам получить медицинские заключения в максимально короткое и удобное время.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ШИЗОФРЕНИИ И ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ АНТИ-NMDA-РЕЦЕПТОРНОМ ЭНЦЕФАЛИТЕ: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Озорнин А.С., Большакова Т.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

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

Анти-NMDA-рецепторный энцефалит был открыт группой американских исследователей в 2008 году (Dalmau J. et al., 2008). Патогенез этого заболевания связан с продукцией антител, направленных против N-метил-D-аспарататных (NMDA) рецепторов в центральной нервной системе. Это заболевание поражает преимущественно молодых женщин и тесно связано с тератомами яичников, которые выявляются до 94% случаев (Mengistu T. et al., 2026). Заболевание начинается с симптомов, характерных для острой респираторно-вирусной инфекции, после чего остро ухудшается психическое состояние. В клинике психических расстройств превалирует шизофреноподобная симптоматика, вследствие чего в 70% случаев пациенты госпитализируются в психиатрические отделения и вовремя не получают специфическую терапию. В дальнейшем утяжеляется соматическое состояние, возникают нарушения витальных функций, которые приводят к летальному исходу (Малин Д.И., Гладышев В.Н., 2017; Малин Д.И. и др., 2020; Dalmau J, 2008; Nha PB, 2025). Поэтому своевременная диагностика анти-NMDA-рецепторного энцефалита необходима для сохранения жизни пациентов и предупреждения развития у них тяжелых психических, соматических и неврологических осложнений.

В настоящей публикации представлен клинический случай пациентки 15 лет, которая впервые обратилась за психиатрической помощью в апреле 2025 года.

Анамнез жизни: наследственность отягощена депрессивным расстройством у старшей сестры, суицидальной попыткой дяди по линии матери. Родилась в Забайкальском крае, в полной благополучной семье, старшей из 2-х детей. Беременность и роды у матери протекали благополучно. Родилась в срок здоровым ребенком. Нервно-психическое развитие соответствовало возрасту. Детский садик начала посещать с 3 лет. Адаптация в детском саду протекала с трудностями: была неусидчивым, гиперактивным ребенком, часто конфликтовала со сверстниками, имела небольшой круг общения. В школу пошла в 7 лет. В начальных классах училась на «отлично», затем стала

хорошистой, но часто оценки снижали из-за поведения. В настоящее время обучается в 8 классе. В коллективе одноклассников общительная, активная, любит находиться в центре внимания, может всегда за себя постоять, что нередко приводит к дракам. В свободное от учебы время посещает спортивную секцию по волейболу, увлекается рисованием. Проживает с родителями, отношения в семье теплые, доброжелательные. Хронические заболевания: гастрит. ЧМТ, судороги, приступы с выключением сознания отрицает. В транспорте не укачивает. Жару, духоту переносит удовлетворительно. Алкоголь и наркотики никогда не пробовала.

Анамнез заболевания: в поле зрения психиатров с подросткового возраста. В возрасте 12 лет отмечались нарушения поведения: часто конфликтовала с одноклассниками, дралась, наносила поверхностные самопорезы на предплечье. В течение нескольких месяцев получала корректоры поведения, нормотимические препараты. Отмечалось улучшение психического состояния.

Психическое состояние девочки ухудшилось остро, когда, перестала спать, в поведении стала тревожной, беспокойной, суетливой. Матери говорила, что «всего боится, что кто-то за ней следит», утверждала, что «у нее рак мозга». При этом девочка жаловалась на тошноту, головную боль, объективно отмечалось повышение температуры тела до 38С. Мать вызвала БСМП, пациентка в сопровождении матери была доставлена в психиатрический стационар. При осмотре была выявлена рассеянная неврологическая симптоматика. В связи с этим пациентка с диагнозом «вирусный энцефалит» была направлена в Краевую клиническую инфекционную больницу. После исключения инфекционной патологии больная была переведена в неврологическое отделение Краевой детской клинической больницы для дальнейшего обследования и лечения. При исследовании ликвора на антитела к нейронам NMDA, Caspr, ampa1,2, gabar 1 были получены отрицательные результаты. Диагноз аутоиммунного энцефалита был исключен. При нахождении в инфекционной и детской больницах пациентка ночами не спала, была возбужденной, высказывала идеи переоценки своей личности, в медицинском персонале узнавала своих родных и знакомых, подтверждала наличие «голосов» в голове. В связи с сохраняющимися психическими расстройствами больная была переведена в Краевую клиническую психиатрическую больницу им. В.Х. Кандинского.

За время нахождения в стационаре пациентка временами была двигательной возбужденной, агрессивной, подходила к мед. персоналу, хватала за плечи, кричала, что ей грозит смертельная опасность, ее хотят убить, в медицинском персонале узнавала своих родителей. Сообщала, что в голове слышит «голос» отца, говорила о том, что отец посадил ее на метадон. Утверждала, что в семье к ней все плохо относятся, ее родители наркоманы, писала на листе бумаги, что убьет отца. Неоднократно высказывала идеи, что питьевые кружки отравлены, персонал специально хочет ее заразить. Мышление было непоследовательным, разноплановым, резонерским. Настроение было неустойчивым, эмоциональные реакции были амбивалентными, неадекватными. Отмечался повышенный аппетит.

Проводимая терапия галоперидолом 5 мг в/м 2 раза в день, тригексифенидилом 4 мг/сут перорально, диазепамом 10 мг в/м 2 раза в день в течение 10 дней позволила купировать психомоторное и агрессивное поведение. Однако галлюцинаторные расстройства сохранялись, а бредовые переживания сопровождалась эмоциональной окраской и определяли поведение пациентки. С 11 дня пациентка получала терапию рисперидоном до 6 мг/сут, тригексифенидилом до 4 мг/сут, хлорпромазин до 100 мг/сут. На фоне лечения в течение месяца галлюцинаторно-бредовая симптоматика купировалась, нормализовалось поведение, появилась критика к своему состоянию. После этого в психическом статусе стали превалировать негативные симптомы в виде эмоциональной холодности, формальности контакта, снижения волевых побуждений.

Клиническая оценка. У девочки 15 лет, с психопатологически отягощенной наследственностью, с нормальным нервно-психическим развитием в 12 летнем возрасте отмечались нарушения поведения, которые с осторожностью можно расценивать в рамках психических расстройств инициального периода. В возрасте 15 лет аутохтонно, остро, развились психотические расстройства. Клиника заболевания была представлена галлюцинаторно-бредовой симптоматикой с выраженными расстройствами мыслительной деятельности, наряду с которыми присутствовала неврологическая симптоматика и фебрильная лихорадка. Изначально была госпитализирована в стационар соматического профиля, где были исключены острая инфекционная и неврологическая патология, включая аутоиммунный энцефалит. При антипсихотической терапии в психиатрическом стационаре

психическое состояние пациентки улучшилось. Однако после купирования психотических расстройств в клинике психических нарушений стали превалировать негативные симптомы в виде эмоционального и волевого снижения. При обследовании методом патопсихологического обследования выявлены структурные расстройства мыслительной деятельности в виде нарушений мотивационного, операционального и динамического компонентов мышления. При проведении нейровизуализации и нейрофизиологическом обследовании грубой органической патологии со стороны головного мозга не выявлено. Был выставлен диагноз: Шизофрения параноидная, период наблюдения менее года. Галлюцинаторно-параноидный синдром.

ОСОБЕННОСТИ САМОСТИГМАТИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ, СОВЕРШИВШИХ ПРОТИВОПРАВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ПРОТИВ ЛИЧНОСТИ

Озорнин А.С., Домашонкин М.Ю., Лазукова Е.Д.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

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

Согласно данным зарубежных исследований, распространенность самостигматизации (интернализованной стигматизации) среди пациентов с тяжелыми психическими расстройствами варьирует от 28% до 77% (Gerlinger G., et al., 2013). Известно, что высокий уровень самостигматизации ассоциирован с выраженностью психопатологической симптоматики, частотой рецидивов и суицидальным поведением (Alqahtani R., Pringle A., 2024).

Цель исследования: исследование выраженности самостигматизации у пациентов с шизофренией, совершивших правонарушения.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе отделения принудительного лечения специализированного типа ГБУЗ «Краевая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского». В исследование были включены 30 пациентов мужского пола с установленным диагнозом «параноидная шизофрения» (F20.0 по МКБ-10), находившихся на принудительном лечении в связи с совершением преступлений против личности. Половина пациентов проходили принудительное лечение впервые. Средний возраст пациентов составил $41 \pm 8,5$ лет. Для исследования выраженности клинических проявлений шизофрении использовалась шкала позитивных и негативных синдромов (PANSS). Оценка тяжести самостигматизации осуществлялась при помощи опросника ISMI-9 (Воронцова В.С., 2019). Обработка данных выполнялась методами математической статистики. Сравнение независимых выборок производилось при помощи U-критерия Манна-Уитни. При оценке связи между количественными признаками использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты. Суммарный балл по подшкале позитивных симптомов составил 12 [10; 15] баллов, по подшкале негативных симптомов – 22,5 [20; 26] баллов, по подшкале общих психопатологических симптомов – 22,5 [21; 29] баллов. Общий балл по шкале PANSS составил 57 [53; 71]. Распределение пациентов по уровню самостигматизации было следующим: отсутствие самостигматизации – 56,7% (n=17), низкий уровень – 20% (n=6), умеренный уровень – 16,7% (n=5), высокий уровень – 6,6% (n=2). Выявлено, что у больных, направленных на лечение впервые, медиана баллов по ISMI-9 составила 1,6 [1,4; 2,3], тогда как у пациентов, находившихся на лечении повторно, этот показатель был достоверно выше – 2,4 [1,7; 2,6] ($p=0,023$). У пациентов, впервые получавших принудительное лечение, значимых корреляций между показателями ISMI-9 и субшкалами PANSS обнаружено не было. В группе пациентов, проходивших лечение повторно, были установлены прямые корреляции средней силы между уровнем самостигматизации (ISMI-9) и выраженностью негативной симптоматики по шкале PANSS ($r=0,55$; $p=0,032$), а также между уровнем самостигматизации и общим баллом по PANSS ($r=0,59$; $p=0,018$).

Выводы. Результаты исследования показали, что умеренная или выраженная самостигматизация выявлена лишь у 23,3% пациентов с шизофренией, находящихся на принудительном лечении в связи с преступлениями против личности. Уровень самостигматизации был статистически значимо выше у пациентов, проходивших принудительное лечение повторно.

ОСОБЕННОСТИ НЕСУИЦИДАЛЬНОГО САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Озорнин А.С., Озорнина Н.В., Анцифирова И.Н., Рыбакова С.А., Савицкая Е.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

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

Несуицидальное самоповреждение (НССП), определяемое как намеренное разрушение тканей организма без осознанного суицидального намерения, в настоящее время является серьезной проблемой общественного здравоохранения (Chen Y. et al., 2023). НССП распространено среди подростков и молодых людей и считается надёжным прогностическим фактором будущих суицидальных попыток (Vlaha Y. et al., 2024; McEvoy D. et al., 2023).

Цель: Изучение мотивов несуйцидального самоповреждающего поведения у пациентов, госпитализированных в психиатрический стационар.

Материалы и методы: Исследование было проведено на базе ГБУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского». Сплошным методом было обследовано 49 пациентов, у которых в анамнезе было НССП. Среди обследованных больных мужского пола было 20 человек (40,9%), женского – 29 (59,1%). 35 пациентам (71,4%) в стационаре клинические был выставлен диагноз расстройства зрелой личности (F60), а 14 больным (28,6%) – расстройство поведения подросткового возраста (F91). Средний возраст больных первой группы составил $20,7 \pm 5,8$ лет, второй группы – $15,5 \pm 0,6$ лет. В группе обследованных пациентов преобладали учащиеся средней школы (26,5%) и студенты ВУЗа или СУЗа (40,8%). Впервые в психиатрическом стационаре получали лечение 34 больных (69,4%), второй раз – 9 (18,4%), третий и более раз – 6 (12,2%). Исследование мотивов НССП проводилось путём сбора анамнестических сведений, а также при помощи «Опросника утверждений о самоповреждениях» (Inventory of Statements About Self-Injury, ISAS) (Кибитов А.А. и др., 2025), который позволяет определить количество баллов в 13 группах мотивов НССП с дальнейшей количественной оценкой внутриличностных и межличностных мотивов. Поскольку не все изучаемые показатели были подчинены нормальному закону распределения, использовались непараметрические методы статистической обработки данных. Сравнение независимых выборок производилось при помощи U-критерия Манна-Уитни. Статистически значимыми различия считались при $p < 0,05$.

Результаты: Обнаружено, что у 17 обследуемых (34,7%) ранее были суицидальные попытки. Более чем у 90% больных НССП было представлено нанесением самопорезов на различные участки тела. Вместе с самопорезами пациенты прижигали кожу сигаретой (16,3%), нарушали процессы заживления ран (10,2%), били себя по голове или частям тела, вырезали на коже узоры и символы, кусали себя (по 8,2%), принимали внутрь опасные вещества (6,1%), щипали себя (4,1%), кололи себя иглами (2%). При нанесении себе самоповреждений 35 больных (71,4%) испытывали боль, а 14 пациентов (28,6%) боль не ощущали. 46 больных (93,9%) сообщили о желании прекратить НССП. При оценке мотивов НССП установлено, что преобладали внутриличностные мотивы, связанные с регуляцией аффекта, наказания себя, создания символа внутренних переживаний. Выявлено отсутствие различий в мотивах совершения НССП между пациентами с расстройством личности и больными с поведенческими нарушениями подросткового возраста ($p > 0,05$). В то же время обнаружено, что у пациентов с суицидальными попытками в анамнезе количество баллов внутриличностных и межличностных мотивов статистически значимо больше, чем у больных без суицидального поведения в анамнезе ($p = 0,0006$ и $p = 0,04$ соответственно).

Выводы: Установлено, что у пациентов с расстройством зрелой личности и нарушениями поведения подросткового возраста НССП чаще всего представлено нанесением самопорезов на различные участки тела с преобладанием внутриличностных мотивов их совершения. Внутриличностные и межличностные мотивы НССП более выражены у больных с суицидальным поведением в анамнезе.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Озорнин А.С., Озорнина Н.В., Романова В.А., Болбат С.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

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

Расстройства личности широко распространены среди населения в целом. По данным различных исследований частота распространения личностных аномалий варьирует от 3,9% до 15,5% (Ekselius L., 2018). Пациенты с расстройством личности склонны к несуицидальному самоповреждающему поведению, противоправным действиям, формированию наркологической патологии и имеют высокий риск совершения суицидальных попыток (Mendez-Miller M. et al., 2022; Mishra S. et al., 2023; Silva S.G. et al., 2026; Swinson N. et al., 2021)

Цель: Изучение клинических проявлений декомпенсаций расстройств личности у пациентов психиатрического стационара.

Материалы и методы: Исследование было проведено на базе ГБУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского». Сплошным методом было проанализировано 79 карт стационарного больного пациентов, которые получали стационарное лечение по поводу декомпенсации расстройства личности в 2023 году. Распределение больных по полу было примерно одинаковым. Средний возраст пациентов составил $23,9 \pm 7,5$ лет. Чаще всего было диагностировано смешанное (43%), эмоционально-неустойчивое (41,8%) и инфантильное (7,6%) расстройство личности. Другие типы расстройства личности (тревожное, зависимое, шизоидное и истерическое) встречались с частотой 1,3–3,8%. Среди больных работающих граждан было 24 (30,4%), неработающих – 31 (39,2%), студентов ВУЗа/СУЗа или учащихся СОШ – 24 (30,4%). Обработка данных выполнялась методами математической статистики. Непрерывные данные были представлены в виде среднего значения и стандартного отклонения, долей от совокупности.

Результаты: Установлено, что у больных с расстройством личности в 50,6% наследственность была отягощена наличием психических заболеваний или наркологической патологии у близких родственников. У 38 пациентов (48,1%) имелись признаки зависимости от алкоголя или других психоактивных веществ. Впервые были госпитализированы в психиатрический стационар 50 больных (63,3%), второй раз – 20 (25,3%), третий раз и более – 9 (11,4%). Во всех случаях клинические проявления декомпенсации расстройства личности были представлены выраженными аффективными нарушениями: сниженное настроение и тревога были выявлены у 58 пациентов (73,4%), раздражительность и злоба у 21 (26,6%). У 47 больных (59,5%) госпитализация в психиатрический стационар была обусловлена появлением суицидального поведения, которое чаще всего было связано с нанесением глубоких самопорезов (24,1%) или медикаментозным отравлением (20,3%). У 51 пациента (64,6%) незадолго до госпитализации наблюдалось несуицидальное самоповреждающее поведение, чаще всего представленное нанесением на различные участки тела поверхностных самопорезов. Как правило пациенты поступали в стационар в сопровождении близких родственников путем самообращения (30,4%), переводом из соматических стационаров после лечения последствий совершения суицидальных попыток (26,6%) или направлением на госпитализацию скорой медицинской помощью (21,5%). Средние сроки стационарного лечения в 2023 году составили $19,5 \pm 14,5$ дней, что соответствует срокам лечения декомпенсации личностного расстройства. Лечение в стационаре включало в себя проведение индивидуально подобранной психофармакотерапии и работу кризисного психолога.

Вывод: Установлено, что в психиатрическом стационаре чаще всего получают лечение пациенты со смешанным и эмоционально-неустойчивым расстройством личности. При этом у всех больных имеется аффективный тип декомпенсации личностного расстройства, сопровождающийся совершением суицидальных попыток или несуицидальным самоповреждающим поведением.

**ТЕРАПИЯ И ПРОФИЛАКТИКА НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В УСЛОВИЯХ
ТРАНСФОРМАЦИИ СТРУКТУРЫ НАРКОПОТРЕБЛЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ
ДАГЕСТАН)**

Омарова С.Б., Манатов Р.М.

*Республиканский наркологический диспансер, Дагестан, Россия
Дагестанский государственный университет, Дагестан, Россия*

Проблема наркопотребления и связанных с ней психических и поведенческих расстройств остается одной из наиболее актуальных в современной системе здравоохранения (Шпорт С.В., Клименко Т.В., Киржанова В.В., 2024; Hasan M., Sarker S.A., 2023).

За последние годы наблюдается не только рост числа лиц, страдающих зависимостью, но и существенные изменения в структуре потребления психоактивных веществ (ПАВ), что требует пересмотра традиционных подходов к терапии и профилактике (Стрижев В.А., Федорова Ю.С., 2015).

Особую значимость приобретает анализ региональных особенностей наркоситуации. Республика Дагестан, несмотря на наличие устойчивых социокультурных факторов, ограничивающих распространение наркопотребления, демонстрирует тенденции, характерные для общероссийской динамики (Нурилова А.З., 2023; Федосова Е., 2021). В этих условиях возрастает необходимость разработки современных, адаптированных к региональным особенностям стратегий лечения и профилактики наркологических заболеваний.

Проведенный анализ показал, что в период с 2020 по 2024 гг. в Республике Дагестан наблюдается устойчивый рост числа зарегистрированных случаев расстройств, связанных с употреблением ПАВ. Общее число пациентов увеличилось на 11,5%, при этом прирост впервые выявленных случаев составил 26,9%, что свидетельствует о расширении диагностического охвата и вовлечении новых групп населения (Статистические данные ГБУ РД «РНД» за 2020-2024 гг.).

Структура наркопотребления претерпела значительные изменения. Наиболее выраженный рост отмечен в группе каннабиноидов, употребление которых увеличилось многократно. Одновременно наблюдается стабилизация уровня потребления опиоидов после резкого роста в начале исследуемого периода. Существенно увеличилось употребление ненаркотических психоактивных веществ, таких как алкоголь, седативные препараты и транквилизаторы, что связано с их доступностью и социальной приемлемостью (Статистические данные ГБУ РД «РНД» за 2020-2024 гг.).

Социально-демографический анализ показал увеличение доли женщин среди потребителей ПАВ, а также сохранение высокой концентрации случаев в возрастной группе 20–59 лет. Отмечается тенденция к постепенному вовлечению более молодых возрастных категорий (Статистические данные ГБУ РД «РНД» за 2020-2024 гг.).

Современная терапия наркологических заболеваний должна основываться на принципах комплексности, индивидуализации и междисциплинарного взаимодействия.

Ключевым направлением является реализация биопсихосоциальной модели, предполагающей сочетание медикаментозного лечения, психотерапевтических вмешательств и социальной реабилитации (Незнанов Н.Г., Коцюбинский А.П., 2021). В условиях изменения структуры потребления ПАВ возрастает роль психотерапии, в частности когнитивно-поведенческих методов и мотивационного консультирования, направленных на формирование устойчивой ремиссии и профилактику рецидивов.

Рост доли женщин среди пациентов обуславливает необходимость внедрения гендерно-ориентированных терапевтических программ, учитывающих психологические и социальные особенности данной группы. Важным элементом является также ранняя диагностика и своевременное начало лечения, что позволяет предотвратить хронизацию зависимости (Шайдукова Л.К., 2020).

Анализ текущих тенденций позволяет предположить сохранение роста наркологической заболеваемости в среднесрочной перспективе. Существенное влияние на развитие наркоситуации оказывает цифровизация общества. Использование интернет-ресурсов для распространения психоактивных веществ способствует вовлечению новых групп населения и формированию скрытых форм зависимости (Никитина Л.С., 2021). При отсутствии эффективных профилактических мер существует риск закрепления хронической модели наркопотребления с постепенным расширением

его масштабов.

Современная профилактика должна носить системный и многоуровневый характер. Первичная профилактика направлена на формирование негативного отношения к употреблению ПАВ и реализуется преимущественно в образовательной среде (Почитаева И.П., Уварова Р.Р., 2006). Следующие этапы профилактической работы являются звеньями системы борьбы в распространении наркомании и должны быть реализованы в различных структурах медицинской помощи населению.

Особое значение приобретает межведомственное взаимодействие, объединяющее усилия системы здравоохранения, образования и правоохранительных органов. В современных условиях необходимо также развитие цифровых форм профилактики, направленных на противодействие распространению ПАВ в интернет-среде (Гибадуллина А.В., Рычкова Л.С., Махнина Н.И., 2016).

Таким образом, наркоситуация в Республике Дагестан характеризуется устойчивым ростом заболеваемости, изменением структуры потребления психоактивных веществ и трансформацией социального профиля пациентов. Современные вызовы требуют внедрения комплексных подходов к терапии, основанных на принципах биопсихосоциальной модели, а также усиления профилактической работы.

Повышение эффективности противодействия наркопотреблению возможно только при условии межведомственного взаимодействия, развития ранней диагностики и адаптации профилактических программ к современным социальным и цифровым условиям.

ТРУДНОСТИ СОЦИАЛИЗАЦИИ ПРИ СОХРАННОМ ИНТЕЛЛЕКТЕ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕБЕНКА СИНДРОМОМ АСПЕРГЕРА

Писнячевская Т.А.

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

Синдром Аспергера относится к расстройствам аутистического спектра (РАС) и представляет собой нарушение психологического развития. Данная нозология характеризуется значительными трудностями в социальном взаимодействии, ограниченными интересами и стереотипными формами поведения при сохранении нормального или высокого уровня интеллекта и речевых навыков. Встречается у 0,03–0,36 % детей, что делает его значимой проблемой современной детской психиатрии. Актуальность диагностики обусловлена необходимостью своевременного подбора коррекционных и образовательных мероприятий для успешной адаптации ребёнка.

Пациент Л., 14 лет, учащийся 7 класса, находился на обследовании и лечении в психиатрическом дневном стационаре для обслуживания детского населения весной 2026 года.

Жалобы при поступлении со стороны матери: на «необычность» ребёнка, трудности в общении с другими детьми, не умеет выстраивать взаимоотношения, не социализирован; неправильно высказывает свои мысли, говорит «против себя», неверно использует местоимения и склоняет по родам; боится резких звуков - крик детей, хлопки – на что закрывает уши руками, беспокоится, плачет; заикливается на определенных сюжетах во время просмотра телевизора, постоянно перематывая; не понимает юмора, переносный смысл пословиц.

Анамнез: наследственность психопатологически не отягощена. Уроженец г. Чита. Младший из двух детей, от 6 беременности, 2 родов, течение беременности на фоне угрозы прерывания на сроке 14-15 нед., ХФПН. Роды в срок, вес 3306 г, рост 52 см, по шкале Апгар 7/8 б. Адаптационный период протекал на фоне умеренной неврологической симптоматики с улучшением в динамике. Из роддома выписан с диагнозом: «Перинатальное поражение гипоксически-травматического генеза с вовлечением ШОП - подвывих С1». С рождения мать отметила, что у ребёнка был «отрешённый» взгляд, необычно фиксировал угол зрения «смотрел сбоку», был «отчуждённым», не отмечалось должной эмоциональной привязанности к матери, относился ко всем «одинаково». В раннем моторном развитии не отставал. До года речь была представлена гулением и лепетом, первые слова появились к 11 месяцам, после чего наблюдалась задержка в речевом развитии. Наблюдался у невролога с ДЗ: «Общее недоразвитие речи, полиморфная дислалия». В рамках коррекционной работы посещал занятия с логопедом, нейропсихологом, проходил курсы БОС, «Полярис», аудиокоррекцию по методу «Томатис». Речь была сформирована к 4 годам. В детском коллективе

держался обособленно, на обращение по имени реагировал не всегда с первого раза, избегал зрительного контакта, характерной особенностью было тактильное взаимодействие с окружающими: трогал всех за локти и колени, получая от этого удовольствия. Сюжетно-ролевой игры не отмечалось, к игрушкам особого интереса не проявлял, игровые действия сводились к стереотипному выкладыванию кубиков. Особую заинтересованность демонстрировал к музыкальным игрушкам. На протяжении нескольких лет был фиксирован на рисовании логотипов из рекламных роликов и баннеров, воспроизводил их с высокой точностью, уделяя внимание мелким деталям. На детской площадке держался сам по себе, не вступал во взаимодействие со сверстниками, был неусидчивым, совершал стереотипные движения - махал руками и кружился вокруг себя. Идентифицировал себя во множественном числе второго лица, используя местоимение «мы». ДДУ посещал с 2 лет, адаптация протекала удовлетворительно, режим соблюдал, однако, был обособлен и «равнодушен» в общении с детьми, не инициировал контактов, но включался в общие игры. В школу пошёл в 7 лет. Успешно обучался без дублирования классов, демонстрировал хорошую успеваемость, неоднократно становился победителем всероссийских олимпиад по математике. Адаптация протекает с трудностями, среди сверстников не имеет друзей, воспринимается как «не такой, как все». С 4 класса подвергается насмешкам, дети провоцируют мальчика, хлопают и «цокают», пациент гиперчувствителен к резким и высоким звукам, в ответ на что закрывает уши руками, плачет и кричит. Из-за напряжённых отношений в коллективе постепенно снизилась и успеваемость. В связи с чем в 2025 г. был осмотрен психиатром в амбулаторном порядке, выставлен диагноз: «Легкое когнитивное расстройство». Был переведен на индивидуальное обучение по адаптированной программе для детей с задержкой психического развития. Мать отметила, что при индивидуальном подходе успеваемость улучшилась, в эмоциональной плане мальчик стал более спокоен. В настоящее время обучается в 7 классе, из характеристики СОШ: «эмоциональные проявления яркие, непосредственные, часто гипертрофированные, возбудимый, бывают проявления гиперэмоциональности и сензитивности, может фиксироваться на отдельных действиях, нарушает грамматические нормы при построении словосочетаний и предложений в устной речи, при определенных условиях бывают эмоциональные всплески с проявлением яркого спектра эмоций, переходящее в громкий плач, может обратиться на «ты» ко взрослым малознакомым, концентрируется на своих ошибках и критических замечаниях в его адрес, теряет контроль эмоций, может плакать». Пациент обладает хорошим музыкальным слухом, обучается в музыкальной школе по классам фортепиано и саксофон, с легкостью визуально запоминает нотный текст на занятиях сольфеджио, способен сыграть любую мелодию после однократного прослушивания. Выступает как в составе оркестров, так и сольно, занимает призовые места. Однако, во время выступления перед публикой стоит на сцене с закрытыми глазами. В будущем мечтает стать звукооператором и саксофонистом. Помимо музыкальной деятельности, проявляет интерес к техническим дисциплинам — посещает занятия в технопарке. Остальную часть времени предпочитает одиночество, избегает шумных компаний. Не понимает границ социальной дистанции: обнимает и выражает «симпатию» малознакомым людям, не учитывая степень близости отношений. Неправильно формулирует свою мысль, неверно согласовывает по родам, использует местоимения. Высказывания воспринимает буквально, не улавливает подтекста, не распознаёт шуток, сарказма и иронии. При просмотре телевизора перематывает видеоролики на определенный сюжет, постоянно возвращаясь к понравившемуся фрагменту. Базовые навыки самообслуживания сформированы, помогает в домашних делах, но не способен самостоятельно приготовить себе блюдо, что требует сопровождения и пошаговой поддержки взрослого. По характеру мать описывает, как доброго, но малообщительного. Не имеет близких друзей, в школе контактирует с одним мальчиком, но взаимодействие минимально, общение ограничивается лишь совместными телефонными играми, без эмоциональной привязанности. Перенесенные заболевания: ветряная оспа в 4 года. Операции, ЧМТ, потери сознания, судороги, снохождение, сноговорения, энурез, носовые кровотечения отрицает. Не метеозависим. В транспорте не укачивает. Жару и духоту переносит удовлетворительно. Аллергологический анамнез не отягощён. По данным видео ЭЭГ мониторинга от апреля 2025 года: легкие диффузные изменения, эпилептиформность не зарегистрирована. ЭхоЭГ от апреля 2025 года: без патологии. Поступил в отделение ПДС ОДН с целью обследования и уточнения диагноза в сопровождении матери.

Психический статус: Внешний вид опрятный, отмечается моторная неловкость, движения угловатые, нескоординированные, мимика бедная, маловыразительная. Держится несколько напряженно, суетлив, просится выйти в коридор на время беседы с матерью, уединяется за дверью, ожидая своего приглашения, на плач других детей закрывает уши руками. В контакт с врачом вступает, на вопросы отвечает не всегда по существу, не соблюдает дистанцию в общении, задаёт сторонние вопросы, уходит в детализацию второстепенных фактов. Речь скандированная, без эмоциональной окраски, голос громкий, слабомодулирован, интонация монотонная, словарный запас богатый, однако, нарушен грамматический строй речи. Зрительный контакт кратковременный, «избегающий». Фон настроения ровный, эмоциональные реакции уплощены. Мышление конкретное, процесс абстрагирования затруднен. Метафоры трактовать затрудняется или поясняет буквально. «Каменное сердце» – трактует как «безобидное сердце», «обвести вокруг пальца» – понимает как «водить кого-то по кругу вокруг пальца». Переносный смысл пословиц объяснить не может. Интеллектуальное развитие соответствует возрасту, общий кругозор достаточный, называет многие даты исторических событий. Внимание концентрирует, память без признаков снижения.

Обследования. Патопсихологическое исследование: Внимание соответствует условно возрастной норме; работоспособность достаточно высокая, не отмечается проявлений утомляемости при длительной интеллектуальной нагрузке. Память соответствует условно возрастной норме. Мышление логичное, последовательное, целенаправленное. Интеллект по данным методики Векслера (детский вариант): -Вербальный IQ=81, соответствует сниженной норме; -Невербальный IQ=92, соответствует среднему уровню; -Общий IQ=85, соответствует сниженной норме. Тест Бентона Задание выполнено на среднем уровне - отмечаются легкие органические ошибки. Тест С.А.Р.С. выявлено, что ребёнок демонстрирует определенные симптомы или умеренную степень аутизма – 37 б, социальная адаптация снижена.

Логопед: Дизорфография.

Дефектолог: Уровень развития познавательной деятельности соответствует условно-нормативным возрастным требованиям.

В рамках комплексного обследования был консультирован поведенческим аналитиком (психологом), даны рекомендации по программе АВА-интервенции: 1) тренинг функциональной коммуникации - обучение пациента социально приемлемым способам сообщения о переутомлении или необходимости прекратить контакт, 2) использование визуальных опор - составление четкого алгоритма дня и чек-листов для выполнения бытовых задач, что снижает уровень тревоги, вызванный ригидностью и трудностями переключения, 3) метод социальных историй -разработка сценариев для типичных школьных ситуаций (ответ у доски или конфликт с одноклассником) для формирования навыков «социального предвидения», 4) система жетонного поощрения - внедрение системы мотивации для расширения круга интересов, 5) организация «сенсорной диеты» - обустройство при учебном процессе «зоны тишины», где пациент может восстановиться при признаках сенсорной перегрузки.

Обсуждение клинического случая. На догоспитальном этапе пациенту был выставлен диагноз «Лёгкое когнитивное расстройство» на основании трудностей в обучении. Однако, в условиях стационара при углубленном патопсихологическом исследовании выявлен средний уровень интеллектуального развития. Установлено, снижение школьной успеваемости было обусловлено не дефицитом интеллекта, а выраженной коммуникативной дисфункцией и избирательностью внимания. Эмоциональные всплески в рамках школы были следствием сенсорной перегрузки, а не как проявление психоорганического синдрома.

На основании выявленных качественных нарушений социального взаимодействия, неспособности к интуитивному пониманию социальных подтекстов, отсутствия эмоциональной взаимности, наличия стереотипных, повторяющихся моделей поведения, сенсорной гиперчувствительности на фоне сохраненных когнитивных функций, был выставлен диагноз: F84.5 «Синдром Аспергера».

Пациент был консультирован психолого-медико-педагогической комиссией, по результатам которой образовательный маршрут был изменён на адаптированную программу для детей с РАС, рекомендовано продолжение обучения в индивидуальной форме. Был представлен на медико-социальную экспертизу для установления категории «ребёнок-инвалид» и разработки индивидуальной программы реабилитации и абилитации.

Дифференциальная диагностика синдрома Аспергера требует онтогенетического и мультидисциплинарного подхода с привлечением клинических психологов, логопедов и дефектологов, что особенно важно для своевременного начала коррекционных мероприятий и улучшения прогноза социальной адаптации ребёнка. Установление диагноза позволило сместить акцент с когнитивных трудностей на социально-коммуникативные нарушения, что принципиально изменило тактику ведения пациента.

НОВОЕ В МЕДИЦИНСКОМ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИИ НА СОСТОЯНИЕ ОПЬЯНЕНИЯ С 2025 ГОДА

Письменный А.В.

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

С 01 сентября 2025 года вступил в силу новый Приказ МЗ РФ от 29.04.2025 № 262н «Об утверждении порядка проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического), включающего определение клинических признаков опьянения и правила химико-токсикологических исследований, а также критерии, при наличии которых имеются достаточные основания полагать, что лицо находится в состоянии опьянения и подлежит направлению на медицинское освидетельствование, учетной формы акта медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического), а также формы и порядка ведения журнала регистрации медицинских освидетельствований на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)».

Документ регламентирует:

- определение клинических признаков опьянения;
- правила химико-токсикологических исследований;
- критерии направления на освидетельствование;
- учётную форму акта медицинского освидетельствования;
- порядок ведения журнала регистрации медицинских освидетельствований.

Несмотря на преемственность с Приказом Минздрава РФ от 18.12.2015 № 933н, новый нормативный акт содержит ряд существенных изменений затрагивающих процедуру освидетельствования и оформление результатов.

Изменен интервал между отборами проб выдыхаемого воздуха на наличие этанола. Ранее интервал составлял 15–20 минут, теперь - 15–25 минут после первого исследования. Важное уточнение: если при втором исследовании результат не превышает допустимой погрешности для управления автотранспортом, дело подлежит закрытию. Это снижает вероятность ошибочных решений на основе единичных измерений.

В требования к оформлению акта медицинского освидетельствования внесены следующие уточнения:

- в пункте 14 акта обязательно указывается наименование биологического объекта (кровь или моча);
- в пункте 15 акта фиксируется причина отбора крови.

Это повышает прозрачность процедуры и позволяет обосновать выбор биологического материала для исследования.

При направлении биологического объекта на подтверждающее исследование выдаётся справка о наличии (отсутствии) клинических признаков опьянения и завершении освидетельствования. Справка оформляется в двух экземплярах:

- для должностного лица, направившего на освидетельствование;
- для освидетельствуемого лица.

Документ выдаётся после получения результатов химико-токсикологического исследования образца биологического материала.

При исследовании биологического объекта в химико-токсикологической лаборатории на 10 обязательных наркотических средств и психотропных веществ проводится обязательное исследование уровня этанола в биологическом объекте. Заключение «Установлено состояние

опьянения» выносятся в случае наличия этанола в крови, превышающем 0,3 грамма на литр.

Предварительное исследование биологического объекта (мочи) проводится не позднее первых 2-х часов с момента отбора. Это требование направлено на минимизацию риска искажения результатов анализа.

Таким образом, введённые нормы призваны:

- повысить точность и объективность результатов медицинского освидетельствования;
- унифицировать процедуру отбора и анализа биологических проб;
- обеспечить прозрачность и документированность каждого этапа освидетельствования;
- снизить вероятность ошибочных выводов и злоупотреблений.

Данные изменения носят обязательный характер и должны учитываться медицинскими работниками, проводящими процедуру медицинского освидетельствования. Их реализация позволит повысить достоверность результатов и обеспечить соблюдение прав освидетельствуемых лиц.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Пляскина Е.В.

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

Актуальность. В настоящее время одним из важнейших направлений совершенствования психиатрической помощи является широкое внедрение принципов психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации в повседневную практику психиатрических учреждений. Это соответствует современному пониманию природы психических расстройств, учитывающему не только биологические, но и психологические, социальные и средовые факторы.

Современные требования к оказанию помощи психическим больным обусловлены, в первую очередь, переходом от медицинской (монодисциплинарной) к полипрофессиональной модели, основанной на биопсихосоциальном подходе, а также возрастающем понимании важности психосоциальной реабилитации как результата усилий специалистов.

По определению ВОЗ, психосоциальная реабилитация – это процесс, который дает возможность людям с ослабленным здоровьем или инвалидам в результате психических расстройств достичь своего оптимального уровня независимого функционирования в обществе. Это постоянный, непрерывный процесс, включающий комплекс медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических и профессиональных мер. Таким образом, психосоциальная реабилитация психических больных – это всеобъемлющий процесс, направленный на восстановление и развитие разных сфер жизни человека. Результатом реабилитационных мер должно стать возвращение психически больного человека в общество.

В Краевой клинической психиатрической больнице имени В.Х. Кандинского, открыто Медико-реабилитационное отделение, которое в 2022 году было преобразовано в отделение психосоциальной реабилитации.

Одним из реабилитационных направлений работы отделения является культэстетотерапия – совокупность методов психосоциального воздействия через обращение к творческой сфере человека: она применяется как в индивидуальной, так и групповой форме. Групповая форма применяется чаще и с большим эффектом. Ее суть заключается в вовлечении пациента в процессы созерцания и созидания произведений творчества. В первом случае говорят о пассивной терапии, во втором – активной терапии. Главная цель пассивных методов, при которых пациенты выступают в роли зрителя, слушателя – отвлечь, успокоить; реже – возбудить, воодушевить, вызвать эмоциональный подъем. Совместное прослушивание произведений искусства облегчает межличностные контакты.

Активные способы – это приемы, при которых пациент сам участвует в исполнении произведения искусства: рисует, поет, играет на музыкальных инструментах. Целью активных способов является развитие личности, активизация фантазии и творчества. Эти методы формируют у пациента самостоятельность, стимулируют творческую активность. Занятия в группах способствуют расширению контактов, уменьшают замкнутость и фиксирование на своих негативных переживаниях.

Преследуя цель улучшения активного социального функционирования в отделении

психосоциальной реабилитации организованы кружки по интересам: творческие, развлекательно – познавательные.

Занятия проводят специалист по социальной работе, психолог. На занятиях пациенты поют, проигрывают сценки, разучивают танцевальные движения. На данных занятиях с наибольшей интенсивностью проявляется творчество самовыражения, что в значительной степени снижает самостигматизацию, улучшаются социальные и коммуникативные навыки.

Ежедневно на базе отделения проводятся занятия по направлениям: рисование, лепка, аппликация. Также предлагаются настольные игры: пазлы, лото, шашки. В игровом общении можно наблюдать все основные стороны жизни того или иного пациента, что позволяет понять степень адаптации человека, уровень и возможность его социального функционирования. Это необходимо для выработки определенного направления индивидуального подхода к пациенту.

Дважды в месяц проводится демонстрация фильмов, на которые приглашаются пациенты отделения (по списку, согласованному с лечащим врачом). Репертуар фильмов оговаривается совместно с психологом и врачом – психиатром.

Применение культуротерапии помогает стабилизировать психическое состояние пациентов, продлить ремиссию и повысить качество жизни. Ведь известно, чем богаче духовный багаж человека, тем выше его психическая устойчивость. Культура, искусство повышают иммунитет к стрессам.

Заключение. Таким образом, психосоциальная реабилитация должна рассматриваться как важная часть медицинской реабилитации, целью которой является сведение к минимуму функциональных последствий и негативных влияний заболевания на жизнь пациента и его близких, рост уровня социального функционирования, улучшения качества жизни, снижение бремени для семьи.

ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ МОМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА В ДЕТСКОМ ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ: ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Польская Н.А., Якубовская Д.К., Кузнецова-Фетисова А.А.

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

Экологическая моментальная оценка (ЕМА) представляет собой метод сбора данных о психическом состоянии пациента в реальном времени, в естественных для него условиях текущей активности. В условиях детского психиатрического стационара данный подход открывает дополнительные возможности для изучения динамики аффективных состояний и поведения. Регистрация изменений в момент их возникновения снижает влияние ретроспективных искажений. Это особенно важно при работе с детьми, для которых характерны высокая изменчивость как эмоций, так и поведения, а точность воспоминаний о собственных переживаниях слабее, чем у взрослых.

Целью настоящей работы является разработка практических рекомендаций по организации ЕМА-исследования в условиях детского психиатрического стационара.

Организация исследования включает несколько последовательных этапов.

На **первом этапе** определяется перечень измеряемых параметров. С учетом возрастных особенностей пациентов рекомендуется ограничиваться 3–5 показателями (напр., настроение, тревога, раздражительность, поведенческие реакции). При оценке этих параметров должны использоваться краткие и интуитивно понятные шкалы. Для детей младшего возраста предпочтительны визуальные форматы (напр., различного рода пиктограммы), позволяющие снизить когнитивную нагрузку и повысить надежность ответов.

На **втором этапе** разрабатывается дизайн замеров. В классическом варианте ЕМА используются мобильные устройства, однако в условиях детского психиатрического стационара их применение, как правило, ограничено. В этой ситуации целесообразна адаптация метода с сохранением его ключевого принципа – регистрации психоэмоционального состояния с минимальным временным лагом (то есть интервалом времени) между переживанием и его фиксацией.

Практически реализуемым решением является бумажный формат ЕМА. Пациентам предлагаются короткие опросные бланки, заполняемые несколько раз в день. Регулярность замеров обеспечивается

за счет участия персонала – медицинских психологов, ординаторов, медицинских сестер, которые в заранее определенные временные отрезки осуществляют сбор данных. Такой подход позволяет сохранить структуру повторных измерений и снизить влияние ретроспективных искажений.

Режим сбора данных – не менее двух (оптимально трех-четырех) замеров в день. Время замеров следует соотносить с распорядком в отделении, исключая периоды медицинских процедур, занятий и отдыха. Дополнительно рекомендуется включать событийно-зависимые замеры (например, после психотерапевтических сессий или межличностных конфликтов), что повышает чувствительность метода к изменениям состояния в зависимости от ситуации.

На **третьем этапе** определяется формат участия персонала. При работе с младшими детьми или пациентами с когнитивными трудностями целесообразен формат, при котором специалист помогает в заполнении или уточняет ответы. Это повышает полноту данных, однако требует учета возможного влияния наблюдателя (в том числе за счет эмоционального состояния самого специалиста и повышения вероятности социально желательных ответов).

Отдельным этапом является подготовка участников и персонала к исследованию. Перед началом исследования проводится краткий инструктаж с демонстрацией процедуры и пробным заполнением, что позволяет повысить понимание задачи и снизить уровень тревожности. Персонал обеспечивает соблюдение протокола и играет ключевую роль в поддержании регулярности замеров.

Поддержание приверженности участников достигается за счет минимизации нагрузки: заполнение одного бланка должно занимать не более 2–5 минут. Дополнительным фактором является обратная связь, позволяющая ребенку воспринимать участие как значимое. Также положительную роль может сыграть символическое поощрение за участие в исследовании.

Этическое сопровождение исследования предполагает получение информированного согласия от законных представителей и согласия ребенка, обеспечение конфиденциальности, а также разработку алгоритма реагирования на выявление выраженного эмоционального неблагополучия ребенка в процессе исследования.

Таким образом, экологическая моментальная оценка может быть успешно реализована в детском психиатрическом стационаре при условии адаптации метода к организационным ограничениям. Ключевыми элементами являются четкая структура протокола, участие медицинского персонала и использование простых инструментов сбора данных. В этом формате ЕМА становится не только исследовательским методом, но и практическим инструментом мониторинга состояния пациентов.

Минимальный протокол ЕМА в детском психиатрическом стационаре (практическая схема):

- оценка 3–5 показателей: настроение, тревога, раздражительность, поведение;
- проведение от 2 до 4 замеров в день в фиксированные или случайные временные промежутки;
- бумажные бланки с визуальными шкалами, время заполнения 1–2 минуты;
- сбор данных с участием медицинского персонала;
- дополнительно: 1–2 событийных замера (например, после значимых эпизодов самоповреждения);
- ежедневный контроль полноты заполнения и внутренней согласованности данных.

Иллюстрация протокола ЕМА на клинической выборке. Предложенные организационные решения были реализованы нами при разработке ЕМА-протокола для исследования госпитализированных подростков с несуицидальными самоповреждениями и суицидальными попытками (Польская и др., 2025). В исследование включались пациенты, находящиеся на стационарном лечении в связи с несуицидальными самоповреждениями и суицидальными попытками.

С учетом ограничений на использование цифровых устройств был применен бумажный формат ЕМА. В течение 10 дней подростки заполняли бланки два раза в день (утром и вечером) в фиксированные временные промежутки, синхронизированные с режимом отделения. Сбор данных осуществлялся врачом-ординатором или клиническим психологом, что обеспечивало регулярность замеров и минимизацию пропусков.

Протокол включал компактные шкалы, на основе которых подросток оценивал свое текущее эмоциональное состояние, желание причинить себе физический вред, мысли о смерти, а также межличностные отношения и отношение к собственному телу. Дополнительно в вечерние замеры были включены вопросы о возможных стрессовых событиях, которые случились в течение дня и о качестве общения, что позволило анализировать влияние ситуативных факторов на динамику

психоэмоционального состояния подростков.

Исследование на основе данного протокола показало, что выбранный формат ЕМА является выполнимым в условиях стационара, он обеспечивает достаточную полноту данных и позволяет фиксировать краткосрочную динамику аутодеструктивных переживаний. При этом снижение частоты измерений до двух раз в день может рассматриваться как методологически обоснованная адаптация ЕМА к условиям клинического режима. Как показал анализ результатов, использование двух замеров в день сохраняет чувствительность данного протокола к колебаниям самочувствия ребенка в течение дня.

Ограничения данного метода включают зависимость качества данных от комплаентности участников, возможное влияние медицинского персонала на ответы, а также риск снижения экологической валидности при использовании фиксированных временных точек вместо полностью случайных сигналов. Дополнительно следует учитывать возможный эффект реактивности измерений (изменение состояния пациента вследствие самого факта его регулярной оценки).

Таким образом, экологическая моментальная оценка является валидным и практически реализуемым методом мониторинга психоэмоционального состояния детей и подростков в условиях психиатрического стационара и может рассматриваться как перспективный инструмент для клинической практики и исследовательских задач.

ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ХЕМОКИНЫ ПРИ ПЕРВОМ ЭПИЗОДЕ ШИЗОФРЕНИИ: ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ И ОТВЕТ НА ТЕРАПИЮ

Прохоров А.С., Голыгина С.Е., Сахаров А.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия
Россия

*Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского,
Москва, Россия*

Шизофрения остаётся одним из наиболее тяжёлых психических расстройств, патогенез, которого активно пересматривается в сторону иммуновоспалительной гипотезы. Ключевую роль в нейроиммунных взаимодействиях играют хемокины – регуляторы миграции иммунных клеток, синаптической пластичности и нейротрансмиссии. Особый интерес представляет первый эпизод шизофрении, когда влияние антипсихотической терапии и прогрессивности минимально. В том числе прогностическое значение и динамика хемокинов при терапии антипсихотиками разных поколений остаётся недостаточно изученной.

Цель исследования: определить прогностическое значение хемокинов при первом эпизоде шизофрении и ответ на антипсихотическую терапию галоперидолом и рисперидоном.

Материалы и методы. На базе ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского» обследовано 80 пациентов (49 мужчин, 31 женщина, возраст 18–35 лет) с впервые диагностированной параноидной шизофренией (F20.09 по МКБ-10) в остром психотическом состоянии (PANSS \geq 80). Методом простой рандомизации пациенты разделены на две группы: 40 получали галоперидол (10–20 мг/сут), 40 – рисперидон (4–8 мг/сут) в течение 8 недель. Контрольную группу составили 35 здоровых добровольцев. Концентрации 13 хемокинов (CCL2/MCP-1, CCL3/MIP-1 α , CCL4/MIP-1 β , CCL5/RANTES, CCL11/Eotaxin, CCL17/TARC, CCL20/MIP-3 α , CXCL1/GRO- α , CXCL5/ENA-78, CXCL8/IL-8, CXCL9/MIG, CXCL10/IP-10, CXCL11/I-TAC) в сыворотке крови определяли методом проточной флюориметрии (LEGENDplex) до лечения и через 8 недель. Статистическая обработка включала критерии Манна–Уитни, Вилкоксона, корреляционный анализ Спирмена и ROC-анализ с построением нейросетевой прогностической модели.

Результаты и обсуждение. До начала терапии у пациентов выявлено статистически значимое ($p < 0,05$) повышение IL-8, MCP-1, RANTES и снижение MIP-1 β , TARC, ENA-78, MIG, IP-10, I-TAC относительно контроля. На основе шести хемокинов (MCP-1, IL-8, MIP-1 β , ENA-78, RANTES, TARC) построена нейросетевая модель прогноза развития психоза с высокой точностью: AUC=0,96 (95% ДИ 0,92–0,97), чувствительность 97,5%, специфичность 91,4%. Разработана программа для ЭВМ (свидетельство о регистрации №2024684007).

Через 8 недель терапии в группе галоперидола отмечен рост МРP-1 α , TARC, IL-8, I-TAC и снижение Eotaxin-1; в группе рисперидона – снижение МСР-1 и Eotaxin-1 при росте TARC и ENA-78. Рисперидон, в отличие от галоперидола, оказывал иммуностабилзирующий эффект, значимо снижая уровень МСР-1 и предотвращая рост IL-8. Корреляционный анализ продемонстрировал связь позитивной симптоматики с МСР-1 ($r=0,483$), негативной – с IL-8 ($r=0,595$) до лечения. Динамика IL-8 на терапии галоперидолом положительно коррелировала с редукцией позитивных симптомов ($r=0,34$), но отрицательно – с редукцией негативных ($r=-0,41$). При лечении рисперидоном снижение МСР-1 ассоциировалось с улучшением позитивной ($r=0,48$) и общей ($r=0,43$) симптоматики.

Заключение. Первый эпизод параноидной шизофрении сопровождается значительным дисбалансом провоспалительных хемокинов. Прогностическая модель на основе хемокинов позволяет с высокой точностью стратифицировать риск развития психоза. Терапия рисперидоном демонстрирует более благоприятный противовоспалительный профиль по сравнению с галоперидолом. Хемокины, особенно IL-8 и МСР-1, могут служить потенциальными биомаркерами для персонализированного выбора антипсихотической терапии при первом эпизоде шизофрении.

РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В РАБОТЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА № 2 КАК ЗВЕНО ФОРМИРОВАНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ РЕМИССИИ

Рыжих Л.А.

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

Психиатрическая помощь в современных условиях всё больше смещается от исключительно клинической модели к комплексному восстановлению пациента, где важнейшей целью становится не только купирование симптомов, но и достижение устойчивой ремиссии с возвращением человека к полноценной социальной жизни. Именно такую тенденцию можно наблюдать в работе психиатрического дневного стационара №2.

Цель: оценить роль и эффективность комплексного реабилитационного подхода в условиях психиатрического дневного стационара №2 в формировании устойчивой и качественной ремиссии у пациентов с различными психическими расстройствами, а также в восстановлении их социального и бытового функционирования.

Была проанализирована работа психиатрического дневного стационара № 2, работающего с 2014 года как «Отделение интенсивного оказания помощи в сообществе». С 2023 года, в соответствии с Приказом МЗ РФ №668н, отделение функционирует в обновлённом формате, объединяя психиатрическую помощь при расстройствах психотического спектра и психосоциальную реабилитацию.

Помощь пациентам в отделении осуществляется в составе **полипрофессиональной бригады**, в составе которой врач, помощники – медицинская сестра, психолог, специалист по социальной работе, психотерапевт. Еженедельно в отделении проводится заседание полипрофессиональной бригады, на котором обсуждаются тактика ведения, необходимые реабилитационные мероприятия для каждого конкретного пациента, поступившего в течение недели, а также изменения ранее назначенных мероприятий, их исходы, результаты и дальнейшие планы. Все принятые решения и итоги вносятся в журнал бригадной работы, который ведется в электронном виде для удобства формирования отчетности.

Значительное внимание в отделении уделяется индивидуальной работе с пациентами и их родственниками. Основная цель этой работы — восстановление или максимальное приближение к прежнему уровню социального функционирования. В процессе решаются не только медицинские, но и социальные задачи: оформление документов и льгот, сопровождение при установлении инвалидности или недееспособности, обучение родственников навыкам ухода, организации безопасной среды, профилактики осложнений и правильного приёма терапии. Такая работа проводится как в условиях отделения, так и при выездах на дом.

Важным компонентом реабилитации является работа с когнитивными нарушениями. Пациентам проводятся занятия по нейрогимнастике — комплексу упражнений, направленных на активацию межполушарного взаимодействия и улучшение когнитивных функций. Занятия проводятся под

контролем специалистов с последующим закреплением навыков в домашних условиях. Дополнительно используются упражнения на тренировку памяти с выдачей методических материалов и проверкой усвоения.

Отдельное место в работе занимает психофизиологическая коррекция. В отделении активно применяются дыхательная гимнастика, которая включает диафрагмальное дыхание, а также элементы методик Бутейко и Стрельниковой. Эти упражнения помогают снижать уровень тревоги, нормализовать вегетативные реакции и способствуют общему эмоциональному выравниванию пациентов. Они включаются как в индивидуальную, так и в групповую работу, в том числе во время выездных мероприятий.

Ещё одно направление в реабилитации – это **групповая работа**, которая направлена на приобретение знаний и умений с учетом возникшего расстройства, обмен опытом, осознание своей проблемы, обучение общению, коммуникации, сплочению. В отделении на сегодняшний день ведется групповая работа с пациентами шизофренического спектра и отдельно с пациентами, имеющими невротические расстройства с использованием современных технологий. Данное направление способствует улучшению адаптации и социализации пациентов, формированию положительной установки на лечение и как результат становление качественной ремиссии. Применяются различные форматы работы, включая элементы тренингов, игровых методик и совместных обсуждений. Существенное значение имеют выездные занятия: прогулки на природе, посещение этно-археопарка «Сухотино», музеев и образовательных площадок. Такой формат позволяет пациентам выходить за пределы привычной среды, расширять социальные контакты и снижать уровень тревожности.

Интересным направлением стала интеграция творческих и психотерапевтических методов. Интересный опыт получился в рамках тренинга «Познай себя через фотографию», фотосессии проходили в фотостудии и на лоне природы, в результате которых пациенты научились принимать себя, не бояться проявлять свои чувства и эмоции через пластику тела, как итог красивые фотографии на память. Данное направление включило в себя такие методики, как нейрографика, арт-терапия, трудотерапия и кинотерапия. Нейрографика позволяет пациентам через рисунок работать с внутренними переживаниями, снижать эмоциональное напряжение и находить новые способы осмысления проблем. Кинотерапия способствует развитию рефлексии, обсуждению жизненных ситуаций и укреплению коммуникативных навыков. Арт- и трудотерапия включают как индивидуальные творческие задания, так и коллективные проекты, в том числе социально значимые.

Пациенты под чутким руководством специалистов отделения принимают активное участие в культурно-развлекательных, патриотических мероприятиях и социальнозначимых проектах. За прошедший год можно отметить такие мероприятия как, «Масленица», «День защиты детей», участие в профилактической лекции с сотрудниками СПИД центра «Знать, чтобы жить» и в патриотическом «Диктанте Победы».

С конца прошлого года в отделении функционирует «Школа для пациентов и родственников». Занятия проводятся мультидисциплинарной командой в формате открытого диалога. Обсуждаются вопросы симптоматики психических расстройств, фармакотерапии, когнитивных нарушений, адаптации в быту и обществе, а также актуальные темы безопасности и профилактики мошенничества. Подобная работа способствует снижению тревоги, формированию доверия к специалистам и повышению приверженности лечению.

Психотерапевтическая работа осуществляется в индивидуальном и групповом форматах и направлена на формирование критического отношения к заболеванию, укрепление личностных ресурсов и повышение уровня социальной адаптации.

Внедрение комплексного реабилитационного подхода позволило достичь следующих результатов:

- улучшение социальной и бытовой адаптации пациентов;
- повышение уровня приверженности к лечению;
- снижение частоты обострений у ряда пациентов с хроническими формами заболевания;
- расширение социальных контактов и снижение социальной изоляции;
- повышение уровня осознанности пациентов в отношении своего заболевания;
- формирование навыков самоконтроля и саморегуляции (в том числе через дыхательные и когнитивные практики);

• улучшение взаимодействия с родственниками и повышение их вовлечённости в процесс реабилитации;

• снижение уровня стигматизации психических расстройств у пациентов и их семей.

Особо отмечается высокая вовлечённость пациентов в групповые и творческие формы работы, а также положительная динамика в эмоциональной и поведенческой сфере.

Выводы. Опыт работы психиатрического дневного стационара № 2 демонстрирует, что комплексная полипрофессиональная реабилитация является важнейшим компонентом формирования качественной и устойчивой ремиссии. Сочетание медицинских, психологических, социальных и образовательных подходов позволяет не только стабилизировать психическое состояние пациентов, но и существенно повысить уровень их социального функционирования. Таким образом, реабилитационное направление в условиях дневного стационара выступает ключевым звеном в оказании психиатрической помощи, обеспечивая переход от стабилизации состояния к полноценной ремиссии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОТЕРАПИИ В СОЧЕТАНИИ С ФАРМАКОТЕРАПИЕЙ И ФИЗИОТЕРАПИЕЙ В ЛЕЧЕНИИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Свилина Е.А.

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Психотерапия – область медицины, где врач в качестве воздействия (лечения) использует слово. Словесное убеждение, разубеждение помогает пациенту осознать свое болезненное состояние, свое положение, свои возможности и перспективы, выбрать правильную позицию и стереотипы поведения, проверить их на практике и осознанно отказаться от деструктивных, разрушительных форм поведения.

Психотерапия представляет собой множество методов и подходов, одним из универсальных является мультимодальный подход, который предусматривает использование множества методик в зависимости от этапа лечения, нозологии и индивидуальных особенностей пациента.

В отделении медицинской реабилитации ГАУЗ «Забайкальский краевой наркологический диспансер» реализуется программа «Багульник», в которой заложена био-психо-социо-духовная концепция здоровья.

Физическая (биологическая) составляющая здоровья на первом адаптационном этапе играет основную роль, так как решает задачи снижения астенизации, преодоления сосудистого дисбаланса, способствует правильному функционированию организма, обеспечивая клетки кислородом и питательными веществами.

Для коррекции физического состояния в отделении медицинской реабилитации используется фармакотерапия (ноотропы, витамины, транквилизаторы, антидепрессанты, нормотимики, а так же препараты сосудистые и регулирующие артериальное давление), методы психотерапии (гипноз, аутогенная тренировка) и физиотерапевтические процедуры (ТЭС).

При соматизированных расстройствах наиболее применима аутогенная тренировка, позволяющая пациентам снизить интенсивность спастических и болевых ощущений, приобрести навыки управления их интенсивностью и достичь обычного уровня функционирования на фоне слабого их (симптомов) проявления.

При астенических расстройствах, лежащих в структуре большинства симптомокомплексов (нарушение памяти, внимания, эмоциональной нестабильности), важную роль имеет применение классического гипноза с установками на повышение энергетического потенциала и порога чувствительности к внешним раздражителям, улучшение всех функций организма, запуск исцеления и обновления.

Это позволяет повысить ресурс пациента и обеспечить его готовность к более глубокому анализу проблем и формированию стойкой установки на трезвость.

В терапии также применяется метод классического гипноза, когда человек погружается в особое и, в то же время, естественное состояние сознания, именуемое - транс. Транс - это такое состояние психики, при котором пациент пребывает словно в смешанном состоянии бодрствования и сна

одновременно, это то самое ощущение - когда тело словно спит, а разум бодрствует, и при этом восприятие слов психотерапевта становится наиболее ясно в отличие от обычного состояния сознания. Таким образом, внушение даёт нам особый лечебный эффект.

Транскраниальная электростимуляция головного мозга (она также называется ТЭС - терапия) – это неинвазивный и немедикаментозный метод физиотерапии, при котором лечебный эффект достигается воздействием электрического тока малой амплитуды и специальной формой импульса, который поступает по электродам, которые помещают на поверхность кожи головы.

Во время этой процедуры слабые электрические токи проникают через кожу и кости черепа внутрь головы и воздействуют на определенные участки мозга (стволовые и лимбические структуры), стимулируя активацию защитных механизмов мозга и нормализацию биоритмов. При таком воздействии в организме повышается концентрация серотонина, эндорфина и фактора роста нейронов, и это приводит к состоянию релаксации, снятию напряжения и стресса, снижению болевых ощущений, лучшему закреплению новых правильных установок.

ТЭС стимулирует опиоидные системы мозга, что повышает концентрацию эндорфина в мозге, ликворе и крови. Происходит анальгезия, восстановление центральной регуляции гемодинамики, нормализация периферического кровообращения в конечностях и коже, повышается качество иммунного ответа, ускоряется регенерация поврежденных тканей разного типа (соединительной ткани, печени, нервных периферических волокон). Нормализует синтетическую и дезинтоксикационную функцию печени, водно-солевой и азотистый обмен. Активирует процессы окислительного фосфорилирования, снижает интенсивность перекисного окисления липидов, лежащую в основе повреждающего фактора клеток организма.

Транскраниальная электростимуляция мозга воздействия на биоэлектрическую активность мозга, обладает вегетостабилизирующим, противотревожным, противодепрессивным, нормализующим структуру сна на основе возрастания активности генерации мозгом альфа ритма.

Нормализация психофизического статуса снижает побудительные причины зависимости, служит повышению социальной адаптации благодаря улучшению настроения, нормализации самочувствия, сна, ликвидации тревожности, уменьшения патологического влечения и зависимости от психоактивных веществ.

Сочетание психотерапии с физиопроцедурой повышает эффективность расслабления и как следствие - внушения. Физическое воздействие: наложение электродов, ощущение успокоения и сонливости облегчает процесс контакта с пациентом, ослабляет психологические защиты и позволяет ускорить процесс закрепления правильной установки на трезвость.

Синергия гипнотерапии и ТЭС способствует эффективному лечению и закреплению установок, которые дает врач.

За 2025 год сочетанное лечение в отделении медицинской реабилитации получили 13 женщин и 17 мужчин. Количество проведенных процедур – от 10 до 15, в особых случаях 20. Процедуры проводились клиническим электростимулятором транскраниальным полипрограммным Трансаир-05. Для контроля динамики использовалась методика: шкала депрессии Гамильтона и методика измерения уровня тревожности Тейлор. После проведения процедур выраженность депрессивной симптоматики, реактивной и личностной тревожности была достоверно меньше. Пациенты становились спокойными, уравновешенными и жизнерадостными. Отмечалось повышение активности и включенности в программу, хорошее настроение и сон, приносящий ощущение отдыха и восстановления.

В 50% случаев снижение депрессивной симптоматики после сочетанного лечения снижалось с 25 баллов до 5, в остальных случаях эмоциональное состояние стабилизировалось полностью. Тревога проходила более слабо, в 80% случаев с 25 баллов до 5, а у остальных пациентов снижалась с 40 баллов до 15. После дополнительных сеансов состояние полностью стабилизировалось.

Из пациентов, прошедших реабилитацию и комплексное лечение, трезвость (отсутствие рецидивов) в течение года сохраняли 54% (7) среди женщин и 53% (9) среди мужчин, что указывает на эффективность психотерапии при сочетании с физиотерапией и фармакотерапией, осуществляемой на уровне поддерживающих минимальных доз препаратов.

**АНАЛИЗ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ
ЭКСПЕРТИЗЫ ГБУЗ «КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ИМ.
В.Х. КАНДИНСКОГО» ПО ЗАБАЙКАЛЬСКОМУ КРАЮ ЗА 2023-2024-2025 ГОДЫ**

Ступина О.П., Бунина М.В., Бондаренко А.В. Архипова Т.В.

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

Отделение амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы, является структурным подразделением Краевой клинической психиатрической больницы им. В.Х. Кандинского. В настоящее время отделения амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы расположено на основной базе ГБУЗ «ККПБ им. В.Х. Кандинского». В своем распоряжении отделение АСПЭ имеет на базе ГБУЗ «ККПБ им. В.Х. Кандинского» 9 кабинетов, два из них предназначен для проведения амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз, для лиц, находящихся под стражей. Помещение для временного содержания лиц, находящихся под стражей оборудовано в соответствии с требованием руководящих документов, а также двумя кабинетами для проведения амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз в отношении арестованных лиц, доставляемых на экспертизу из СИЗО конвоем. Данные помещения оборудовано сигнализацией и видеонаблюдением. Также отделение имеет архив, кабинет заведующего отделением, кабинет для регистраторов, гардероб для персонала, бытовую комнату, туалеты для посетителей, туалеты для персонала. Отделение занимает частично первый этаж и подвальное помещение в типовом здании больницы. Отделение амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы, исходя из потребности рассчитано на 1 ставку заведующего отделением (судебно-психиатрический эксперт), 6 ставок врачей судебно-психиатрических экспертов, 2 ставками медицинского психолога. Итого: врачей – 6. На данный момент отделение укомплектована врачебным составом на 100%. Государственное задание на проведения экспертиз были установлены в 2023 году – 2800, в 2024 году – 2800, в 2025 году 2800. Установленные задания сотрудниками отделения АСПЭ выполнялись в течении последних трех лет: в 2022 государственное задание выполнено на 106%, в 2023 году на 107%, в 2024 году на 107%, в 2025 году на 99,5%. В отделении проводятся экспертизы не только по уголовным делам, но и по гражданским делам. Так в 2023 году проведено всего 166 экспертиз по гражданским делам: о признании недееспособными 157 экспертиз, по совершению оспариваемых сделок 9 экспертиз. В 2024 году по гражданским делам проведено 194 экспертизы, по совершению оспариваемых сделок 3. В 2025 году по гражданским делам проведено 215 экспертизы, по совершению оспариваемых сделок 3. Анализ работы отделения АСПЭ за последние три года свидетельствует, что каких-либо существенных изменений в структуре свидетельствуемых не отмечается. Большую часть подэкспертных составляют подследственные и подсудимые на предмет вменяемости, в 2023 году 2492, в 2024 году 2451, в 2025 году 2244. Кроме того, в отношении свидетелей и потерпевших было проведено: в 2023 году 349 экспертиз, в 2024 году 357 экспертиз, в 2025 году 327. Всего в течении 2023 году проведено 835 комплексных судебно-психиатрических экспертиз, в отношении несовершеннолетних 492 экспертизы, посмертных 36 из них в отношении несовершеннолетних 18, в 2024 году было проведено 779 комплексных психолого-психиатрических экспертиз, в отношении несовершеннолетних 403, в 2025 году было проведено комплексных психолого-психиатрических экспертиз 853, в отношении несовершеннолетних 416, посмертных 26 их них в отношении несовершеннолетних 13. Все посмертные судебно-психиатрические экспертизы были комплексные психолого-психиатрические. Анализ нозологического состава лиц, показывает, что высокий удельный вес составляют лица, имеющие различные психические аномалии непсихотического характера, из которых наибольший удельный вес занимают лица с органическими заболеваниями: в 2023 – 772, в 2024 – 786, в 2025 - 621. На втором месте лица с расстройствами личности: в 2023 году 657, в 2024 году 658, в 2025 году 568. На третье место лица с умственной отсталостью: в 2023 – 431, в 2024 – 412, в 2025 - 369. Количество невменяемых из числа проведенных экспертиз: в 2023 – 118, что составляет 4 % от всех проведенных экспертиз, в 2024 году 120, что составляет 4% от всех проведенных экспертиз, в 2025 - 117 что составляет 4% от всех проведенных экспертиз. Анализ нозологического состава лиц, признанных невменяемыми показывает, что достаточно большое количество ООД совершают больные шизофренией, включая шизотипические и шизоаффективные расстройства: в 2023 – 41, 2024 – 60, в 2025 - 51; умственной отсталостью: 2023 – 40, в 2024- 31, в 2025 - 43. С органическими

заболеваниями, включая симптоматические психические расстройства, органические психозы и слабоумие: в 2023 -37, 2024 – 29, в 2025 - 23. В 2023 году меры принудительного характера были рекомендованы 118 лицам, совершившим ООД, из них специализированного типа 78, общего типа 23, амбулаторные меры принудительного характера 17. В 2024 году принудительные меры медицинского характера к лицам совершившим ООД специализированного типа с интенсивным наблюдением не рекомендовались, специализированного типа – 93, общего типа 19, амбулаторного типа 8, в 2025 году принудительные меры медицинского характера лицам совершившим ООД специализированного типа в интенсивным наблюдением не рекомендовались, специализированного типа - 78, общего типа - 25, амбулаторного типа - 7. Состав лиц, признанных невменяемыми, по характеру совершения ООД в 2023 – всего 118, (ст. 158-162) – 69, (ст. 116, 119, 213, 214) - 28, (ст.105,106,111, 112) - 11, (ст.131-135) – 10, в 2024 – всего 120, (ст. 158-162) – 64, (ст. 116,119, 213,214) – 37, (ст. 105, 106, 111,112)– 13, (ст. 131-135) -6, в 2025 – всего 117, (ст. 158-162) – 75, (ст. 116,119, 213,214) – 28, (ст. 105, 106, 111,112) – 9, (ст. 131-135) – 5. В отношении лиц с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ было проведено экспертиз в 2023 году (F 10-19) всего проведено 196 экспертиз, из них наркомании и токсикомании 48). В 2024 году (F 10-19) проведено 172 экспертизы, все признаны вменяемыми, из них наркомании и токсикомании 48. В 2025 году (F 10-19) проведено 222, из них наркомании и токсикомании 26. Следует отметить, что среди всех лиц, признанных невменяемыми на первом места находятся преступления против собственности, на втором месте преступления против жизни и здоровья, на третьем месте преступления против половой неприкосновенности и половой свободы личности. При этом обращает на себя внимание, что в большинстве случаев преступлений совершались в состоянии алкогольного опьянения, что несомненно связано с неблагоприятной наркологической ситуацией по Забайкальскому краю в целом. Анализируя количественный состав подэкспертных несовершеннолетних правонарушителей по отношению к взрослым в 2023 году 195 (6,5%), в 2024 159 (6,4%), в 2025 187 (8,3%). Достаточно высокий процент несовершеннолетних правонарушителей, связан с высокой подростковой преступностью в целом по Забайкальскому краю. Удельный вес среди несовершеннолетних по отношению к взрослым, приходится на лица с органическими заболеваниями: в 2023 – 69 (9%), в 2024 – 29 (1,3%), в 2025 - 63 (2,8%); умственную отсталость в 2023 27 (6,2%), в 2024 31 (7,5%), в 2025- 17 (4%), расстройства личности 2023 – 4 (0,6%), в 2024 – 5 (0,8%), в 2025 - 7 (1,2%). Нарушения психологического развития поведенческие и эмоциональные расстройства детского и подросткового возраста среди несовершеннолетних в 2023 – 67 (34,3%), в 2024 76 (47,7%), 2025 - 86 (45,9). Доля несовершеннолетних психически здоровых в группе несовершеннолетних составила в 2023 – 26 (13,3%), в 2024 -21 (13,2%), в 2025 - 14 (7,4%).

Таким образом, на сегодняшний день проблема правонарушений среди несовершеннолетних остается весьма сложной и актуальной. Несмотря на снижение количественных показателей преступной деятельности несовершеннолетних, ее качественные показатели растут и несут в себе еще более негативный характер. Динамика подростковых правонарушений показывает, что сегодняшние несовершеннолетние с большим трудом адаптируется к новым социально-экономическим условиям.

ПОКАЗАТЕЛИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Ступина О.П., Честикова З.И.

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

Основными задачами, стоящими перед психиатрической службой Забайкальского края с 2023 года по 2025 год включительно, являлись организация оказания психиатрической помощи населению Забайкальского края в условиях специальной военной операции и нового Порядка оказания психиатрической помощи. Психиатрическая помощь оказывалась врачами-психиатрами в соответствии с требованиями федерального законодательства в сфере здравоохранения и Порядка оказания профильной медицинской помощи (Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 октября 2022 г. № 668н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения», Приказ Министерства здравоохранения

Российской Федерации от 30 июня 2022 г. № 453н «Об утверждении Порядка диспансерного наблюдения за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями», Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 ноября 2022 г. № 769н «О внесении изменений в Порядок диспансерного наблюдения за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 июня 2022 г. № 453н).

В Забайкальском крае первичную специализированную медико-санитарную помощь (первый уровень) в 2025 году оказывали врачи-психиатры в 29 психиатрических кабинетах центральных районных больниц, в психиатрических кабинетах государственного учреждения здравоохранения «Краевая больница № 3», государственного автономного учреждения здравоохранения «Краевая больница № 4», в психиатрических кабинетах и в психотерапевтическом кабинете диспансерного отделения государственного казенного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая психиатрическая больница им В.Х. Кандинского».

В соответствии с Порядком оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, утвержденным приказом МЗ РФ от 14 октября 2022 года № 668н, в Забайкальском крае в 2025 году функционировало

- 10 кабинетов медико-психологического консультирования (КМПК) в медицинских организациях:

1. ГУЗ «Акшинская центральная районная больница» (Акшинский муниципальный округ);
2. ГУЗ «Петровск-Забайкальская центральная районная больница» (Петровск-Забайкальский муниципальный округ);
3. ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница и. В.Х. Кандинского» (Городской округ город Чита);
4. ГАУЗ «Агинская ЦРБ» (Агинский муниципальный округ);
5. ГУЗ «Борзинская центральная районная больница» (Борзинский муниципальный округ);
6. ГУЗ «Карымская центральная районная больница» (Карымский муниципальный округ);
7. ГУЗ «Сретенская центральная районная больница» (Муниципальный район «Сретенский район»);
8. ГУЗ «Чернышевская центральная районная больница» (Чернышевский муниципальный округ);
9. ГАУЗ «Шилкинская центральная районная больница» (Муниципальный район «Шилкинский район»);
10. ГУЗ «Улетовская центральная районная больница» (Улетовский муниципальный округ);

- 2 кабинета медико-психологической помощи (КМПП) в медицинских организациях:

1. ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница и. В.Х. Кандинского» (Городской округ «Город Чита»);
2. ГАУЗ «Краевая больница № 4» (Краснокаменский муниципальный округ).

Показатель общей заболеваемости (число зарегистрированных больных в расчете на 100 тыс. населения) в сравнении с 2024 годом **увеличился с 3298,0 до 3330,1 (на 1%) за счет незначительного увеличения** общей заболеваемости психическими расстройствами в группе психозов и состояний слабоумия и в группе психических расстройств непсихотического характера. Число зарегистрированных лиц с психическими расстройствами в Забайкальском крае (**3330,1**) превысило таковой показатель в РФ (**2744,8**) от 2024 года **на 21,3%**. Превышение показателя общей заболеваемости психическими расстройствами в Забайкальском крае (3330,1) над показателем ДФО (3013,6) составило 10,5%.

В нозологической структуре общей заболеваемости Забайкальского края 53,8% приходится на психические расстройства непсихотического характера (2024г.-52,8%), 23,2% - на умственную отсталость (2024г.-24,2%), 23,0% - на психозы и/или состояния слабоумия (2024г.-23%), как и в ДФО, где в 2024 году первое место в нозологической структуре занимали психические расстройства непсихотического характера (51,2%); второе- умственная отсталость (24,7%), третье- психозы и/или состояния слабоумия (24,1).

В нозологической структуре общей заболеваемости РФ (2024г.) в отличие от Забайкальского края и

ДФО, 53,5% приходилось на психические расстройства непсихотического характера, 26,7% - на психозы и/или состояния слабоумия и 19,8% - на умственную отсталость,

Подытоживая результаты анализа показателей общей заболеваемости психическими расстройствами, можно констатировать, что контингент больных незначительно увеличился, однако в структуре контингента в 2025 году сохранилась тенденция сокращения доли больных умственной отсталостью с 24,2 до 23,2%, а также зарегистрировано сокращение доли больных шизофренией в общем числе зарегистрированных с 10,5 до 10,0%. Напротив, в структуре зарегистрированного контингента увеличилась доля пациентов с психическими расстройствами непсихотического характера с 52,8 до 53,8%

В 2025г. в общем числе зарегистрированных пациентов (32763) пациенты с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства составили 11,26% (3690 чел.), что приближается к российскому показателю от 2024 года (11,32%). В 2024г. в Забайкальском крае таких пациентов было 3415, и они составляли 10,5% от общего числа зарегистрированных (32465).

Первичная заболеваемость психическими расстройствами (число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства на 100 тыс. населения) в Забайкальском крае в 2025 году составила **375,1 чел. на 100000 населения**, что выше такового показателя от 2024г. (**346,9**) на 8,1% за счет роста первичной заболеваемости в группе психических расстройств непсихотического характера (на 8,7%). В группах психозов и умственной отсталости, напротив, отмечено снижение первичной заболеваемости на 4,2 и 27,1% соответственно.

Контингент психически больных в 2025 году в Забайкальском крае составил **31994 чел. или 3252,0 на 100 тыс. населения** (2024г.- **31622 чел. или 3212,3 чел.** на 100 тыс. населения), т.е. контингент увеличился на 1,2%.

По состоянию на конец 2025г. в учреждениях здравоохранения края находилось под диспансерным наблюдением **7778 больных** (2024г.- 8540; 2023г.-9616) и получали консультативно-лечебную помощь по обращаемости **24216 больных** (2024г.-23082; 2023г.-22265). Число больных диспансерного наблюдения на конец 2025года в расчете на 100 тыс. населения составило **790,6 чел.** (2024г.-867,5; 2023г.-968,9) и консультативного наблюдения **2461,4 чел.** (2024г.- 2344,8; 2023г.-2243,5). **В РФ** число больных на конец 2016 года в расчете на 100 тыс. населения составило соответственно в диспансерной и консультативной группах **1020,9 и 1461,8**.

Из 100000 человек в Забайкальском крае 749 больных страдали тяжелыми формами психозов и состояний слабоумия, из них 330 чел. – шизофренией и 75 детским аутизмом, 1746 чел.- психическими расстройствами непсихотического характера, 756 чел. – умственной отсталостью.

Соотношение больных, состоящих под диспансерным наблюдением и получающих консультативно-лечебную помощь по обращаемости, составило **24,3% и 75,7%** (2024г.-27% и 73%; 2023г.-30,2% и 69,8%), в РФ (2016г.) доли диспансерных и консультативных больных в общем контингенте составили **41,1% и 58,9%**. В группе психозов и состояний слабоумия соотношение диспансерных и консультативных больных составило **52% и 48%** (2024г.- 56,6% и 43,4%; 2023г.- 62,1 % и 37,9%), в группе больных, страдающих шизофренией- **76,3 и 23,7%** соответственно (2024г.-78,6% и 21,4%; 2023г.- 81 и 19% соответственно;

В структуре контингентов больных преобладали больные с психическими расстройствами непсихотического характера -**53,7%** (2024г.-52,5; 2023г.-51%), доля больных с умственной отсталостью составила **23,3%** (2024г.-24,2%; 2023г.-25,8%), доля больных с психозами и состояниями слабоумия- **23,0 %** (2024г.-23,3; 2023г.-23,2%), в т.ч. удельный вес больных шизофренией в группе психозов был равен **44,1%** (2024г.-45,9%; 2023г.-47,7%).

Таким образом, структура контингента психически больных в Забайкальском крае в последние 3 года изменилась в сторону увеличения доли пациентов с психическими расстройствами непсихотического характера и уменьшения долей пациентов с умственной отсталостью и психозами.

Наиболее высокий показатель болезненности психическими расстройствами, значительно превышающий российский (2482,7) и краевой (3252,0), в отчетном году зарегистрирован в 8 муниципальных округах края - Акшинский (4186,8), Александрово - Заводский (3803,9), Балейский (5067,4), Калганский (5682,2), Нерчинско-Заводский (4998,5), Приаргунский (4447,1), Улетовский (4542,0), Шелопугинский (4427,1) и в пгт. Первомайский муниципального района «Шилкинский

район» (4391,1), что указывает на недостаточную работу специалистов психиатрических кабинетов ЦРБ данных муниципальных округов и КБ № 3 по прекращению наблюдения за лицами, не нуждающимися в наблюдении у психиатра. В 3-х указанных округах (Калганский, Нерчинско-Заводский, Шелопугинский) психиатрическую помощь оказывали врачи-психиатры по внешнему совместительству.

Болезненность психическими расстройствами, близкая к российской от 2016 года (2482,7), зарегистрирована в Агинском (2014,5), Могойтуйском (2478,8), Дульдургинском (2263,0), Могочинском (2931,6) районах и в г. Чите (2884,2). Наименьший показатель в Каларском районе - 1582,9 на 100 тыс. населения.

Таким образом, контингент психически больных в Забайкальском крае (3252,0) превышен в сравнении с российским (2482,7) от 2016 года на 31%, требует ревизии картотеки психически больных с целью прекращения наблюдения за пациентами, которые не нуждаются в наблюдении у врача- психиатра в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 31.12.2002г. № 420 «Об утверждении форм медицинской документации для психиатрических и наркологических учреждений». Показатель инвалидности в целом вследствие психических расстройств (число инвалидов в расчете на 100 тыс. населения) в 2025 году относительно 2024 года уменьшился на 7,8%, составил **852,0 чел. на 100000 населения** (2024г.-923,6), превысив российский контингент инвалидов от 2023г. (717,0) на 18,8%. В структуре контингента инвалидов по нозологическим формам в крае 26,2% составили больные шизофренией (2024г.-26,6%), 32,6%– больные умственной отсталостью (2024г.-34,5%). Больные с III группой инвалидности составили 24% (2024г.-23,8%), доля детей -инвалидов в возрасте от 0-17 лет включительно составила 17,6% (2024г.-15,1%).

В расчете на 100 диспансерных больных число инвалидов составило **107,8** (2023г.-99,9; 2024г.-105,6), увеличение относительно 2024г.- **на 2,1%**. Удельный вес пациентов, утративших трудоспособность по психическому заболеванию, в общем числе пациентов трудоспособного возраста с психическими расстройствами в 2025 году уменьшился на 2,6%, составив **25,2%** (2024г.-27,8%; 2023.-33,6%; РФ-29,3%).

Число первично признанных инвалидами в Забайкальском крае в 2025 году в расчете на 100 тыс. населения сохранилось на уровне прошлого года, составив 43,8 (2023г. - 46,7). Относительно российского показателя (33,8) превышение краевого (43,8) составило 29,6%.

За последний год число пациентов в возрасте до 17 лет включительно, имеющих группу инвалидности по психическому заболеванию, увеличилось с **574,2** на 100 тыс. населения до **624,4** (на 8,7%). Данный показатель инвалидности среди несовершеннолетних в крае выше таковых показателей в ДФО (**608,7**) и в РФ (**547,6**) на 2,6 и 14% соответственно.

Число пациентов в возрасте до 17 лет включительно, впервые признанных инвалидами в отчетном году вследствие психического заболевания в крае, уменьшилось с **97,1 до 90,3** на 100 тыс. населения (на 7%), превысив российский показатель (83,0) на 8,8% и не достигнув уровня дальневосточного показателя (97,5).

Число лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами, в крае относительно 2024 года увеличилось на 9,5% с 199 до 218. При этом увеличилась первичная инвалидизация контингента взрослых больных на 9% – с 26,7 до 29,1 на 100 тыс. населения. При этом краевой показатель первичной инвалидизации контингента взрослых больных превысил российский показатель (21,0 на 100 тыс. населения) на 38,6 %, а превышение над дальневосточным (23,8) составило 22,3%.

На 11,5% уменьшилось число лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами по поводу умственной отсталости (с 26 до 23), показатель в расчете на 100 тыс. населения составил 3,1 (2024г.-3,5), что на 24% выше общероссийского (2,5).

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЁЖИ

Тимкина О.А., Голыгина С.Е., Мурзина И.А., Дымчикова А.А., Метелева Е.С.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского, Москва, Россия

В настоящее время употребление сигарет и алкоголя среди студентов является серьезной проблемой, оказывающей значительное влияние на состояние психического и физического здоровья. За период обучения студенты сталкиваются с высоким уровнем стресса, связанным с учебной нагрузкой, социальной адаптацией. Курение сигарет нередко воспринимается как способ снятия напряжения и преодоления тревожности. Недостаток знаний о здоровом образе жизни может привести к распространению разного рода зависимостей, оказывающих пагубное влияние на состояние психического здоровья студенческой молодежи. Необходим комплексный подход к профилактике, включающий образовательные программы, психологическую поддержку и формирование культуры здорового образа жизни в студенческой среде.

Цель работы. Изучить показатели никотиновой зависимости у современных студентов медицинского высшего учебного заведения.

Материалы и методы. Одномоментное исследование было проведено среди студентов 1–6 курсов лечебного и педиатрического факультетов. Всего в исследовании приняли участие 115 студентов Читинской государственной медицинской академии. Из них 95 женщин (82,6 %), 20 мужчин (17,4 %) мужчин, средний возраст респондентов составил $20 \pm 1,4$ лет. Оценка данных осуществлялась методом статистического наблюдения посредством добровольного анкетирования студентов с помощью программного обеспечения Google Forms. В анкету были включены: общие вопросы; оценка степени никотиновой зависимости с помощью теста Фагерстрема; анкета Д.Хорна для определения типа курительного поведения. Дополнительно использовались Шкала самооценки депрессии Цунга для скрининга эмоционального состояния обучающихся. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета анализа Microsoft Excel.

Результаты. В результате анализа данных установлено, что до поступления в академию 34,8 % опрошиваемых студентов проживали в селе, 65,2 % в городе. Воспитывались в полной семье 74 %, 26 % в неполных. Оценили отношения в семье как хорошие 87 %, средние 11,3 %, плохие 1,7 %. Большинство обучающихся не состоят в браке – 68,7 %, 11,3 % - в официальном браке, 20 % в гражданском. Общий процент некурящих составил 71,3 %, курящих 28,7 %. Стаж курения у 2,6 % до 1 года, 2-4 года у 12,2 %, 5-6 лет 8,7 %, 7 лет и более у 5,2 % студентов.

При оценке никотиновой зависимости 57,5 % студентов имеют очень слабую зависимость, 30,3 % слабую, 3,1 % среднюю, 9,1 % высокую зависимость. В результате исследования было выявлено несколько типов курительного поведения по Д. Хорну: «стимуляция» - 15,45 %, «игра с сигаретой» - 22,73 %, «расслабление» - 26,36 %, «поддержка» – 31,82 %, «жажда» - 30 %, «рефлекс» - 8,18 %. При оценке мотивации бросить курить у 78,8 % студентов установлена высокая мотивация бросить курить, у 21,2 % - слабая мотивация отказа от курения. При анализе данных по Шкале Цунга у 57,4 % студентов выявлено нормальное состояние, у 42,6 % обучающихся показатели соответствуют легкой депрессии. У курящих студентов легкая депрессия была зафиксирована у 48,5 % опрошенных.

Заключение. В результате проведенного исследования было выявлено, что курящими среди обследованных студентов являются 28,7 %, среди которых большая часть студентов имеют высокую мотивацию бросить курить. Основными вариантами среди типов курительного поведения являются «расслабление» и «поддержка». 48,5 % курящих студентов имеют признаки легкой депрессии. Необходимо усилить комплексный подход к профилактике и борьбе с табачной зависимостью, включающий психообразовательные, психолого-психотерапевтические методы, направленные на отказ от вредных привычек и сохранение психического здоровья молодежи.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У СТУДЕНТОВ

Тимкина О.А., Исакова А.М., Снигурак Т.В., Рыжих Л.А., Киселёва Т.У., Безбородова А.А., Шестакова Н.В., Неделько П.Е., Силищева Е.Д.

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

Одной из актуальных проблем психиатрии являются психические расстройства у студенческой молодёжи. В последние десятилетия во всем мире отмечается неуклонный рост психических расстройств среди лиц юношеского возраста, что связано с высокими психоэмоциональными нагрузками в период профессионального становления, а также необходимостью социальной адаптации в обществе.

Цель работы заключается в комплексной оценке клинико-anamnestических показателей у студентов, обратившихся впервые за психиатрической помощью.

Материалы и методы: Исследование было проведено на базе ГБУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница имени В.Х. Кандинского». Проанализированы 80 историй болезни студентов, которые впервые обратились за психиатрической помощью и получали лечение в диспансерном отделении, в условиях дневного стационара (за период с 2023 по апрель 2026 г.). Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета анализа Microsoft Excel.

Результаты: Среди обследованных юношей было 30 (37,5 %), девушек – 50 (62,5%). Студентами высших учебных заведений являлись 59 человек (73,75%), 21 студент (26,25%) – учащиеся колледжа или техникума. Большая часть студентов воспитывалась в полной семье – 53,7 %. Среди обследованных 90 % студентов не состоят в браке. Хобби и увлечения выявлены у 20% студентов. Среди обследованных 25% проживают с родителями. У 43 (53,7%) студентов выявлена психопатологически отягощенная наследственность. Суицидальное поведение отмечалось у 29 пациентов (36,25%), которое проявлялось в нанесении самопорезов, а также наличии суицидальных мыслей и медикаментозных отравлений у пациентов.

Основные симптомы заболевания, выявленные у студентов соответствовали (согласно критериям МКБ) следующим рубрикам: «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» – 27 (33,75 %); «Аффективные расстройства» – 24 (30 %); «Расстройства личности» – 14 (17,5 %); «Шизофрения, шизотипическое и бредовые расстройства» – 10 (12,5%); «Органические, включая симптоматические, психические расстройства» – (6,25)%. Среди возможных причин возникшего психического расстройства 10 студентов (12,5%) указали проблемы с учёбой, 16 (20%) человек указали конфликтные ситуации, у 5 (6,25%) ситуации утраты близких и расставание с партнером – 3 (3,75%), у 46 (57,5%) причина не установлена. В структуре невротических расстройств наиболее часто наблюдались расстройства, соответствующие смешанному тревожному и депрессивному расстройству (12 студентов) и расстройству адаптации (7 студентов). В рубрике аффективных расстройств преобладающими психопатологическими нарушениями были симптомы, соответствующие депрессивному эпизоду (11 человек). В группе пациентов психические расстройства, у которых соответствовали рубрике «Шизофрения, шизотипическое и бредовые расстройства», преобладали клинические симптомы характерные для шизотипического личностного расстройства (7 студентов).

Вывод: Установлено, что преобладающими среди молодого населения являются невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, а также расстройства настроения. На основе анализа данных установлено, что наиболее частыми клиническими вариантами являются расстройства тревожно-депрессивного спектра, расстройство адаптации. Почти половина студентов с психическими расстройствами имеет отягощенную наследственность. Различные формы суицидального поведения выявлены у 36,25 % студентов.

Таким образом, чрезвычайно важным является проведение своевременных профилактических мер, оказание психолого-психотерапевтической помощи в учебных заведениях, направленных на сохранение и поддержание психического здоровья студенческой молодежи, а при необходимости направление к специалистам врачам-психиатрам, для оказания квалифицированной психиатрической помощи.

К ВОПРОСУ О ПОДГОТОВКЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ

Тудупова Т.Ц.

Бурятский государственный университет имени Доржи Банзарова, Улан-Удэ, Россия

Профессия клинического (медицинского) психолога является популярной и востребованной в настоящее время. Специалисты в сфере клинической психологии требуются в различных учреждениях: здравоохранения, социальной защиты и др. Для профессиональной подготовки клинических психологов нужна специализированная теоретическая и практическая подготовка.

Подготовка клинических психологов в современных условиях сталкивается с рядом актуальных вопросов, связанных с образовательными стандартами, кадровым обеспечением, нормативными аспектами, практической подготовкой, вопросами в сфере психического здоровья, требованиями к профессиональной деятельности.

С 2016 года подготовка клинических психологов ведется по ФГОС высшего образования 3+ по специальности 37.05.01 «Клиническая психология». Федеральный государственный образовательный стандарт определяет требования к содержанию образования, компетенциям выпускников и условиям реализации программ.

В Бурятском государственном университете имени Доржи Банзарова подготовка психологов ведется с 1999 года. В настоящее время подготовка специалистов в сфере психологии ведется по всем уровням высшего образования (бакалавриат, специалитет, магистратура, аспирантура), которые различаются по срокам обучения, глубине подготовки, целям и возможностям после окончания обучения. В 2026 году исполняется 22 года с момента первого выпуска студентов – психологов. На кафедре имеются определенные традиции в подготовке клинических психологов. С открытия специальности «Психология» в 1999 году выпускники проходили подготовку по специализации «Клиническая психология». С переходом на Болонскую систему высшего образования углубленное изучение клинической психологии проводилось по программе магистратуры с профилем «Клиническая психология». С 2016 года осуществлялась подготовка клинических психологов через систему профессиональной переподготовки.

С 2025 года в Бурятском государственном университете имени Доржи Банзарова была открыта подготовка студентов по новой специальности 37.05.01 «Клиническая психология». Подготовка клинических психологов в Бурятском госуниверситете ведется в институте педагогики и психологии на кафедре общей и клинической психологии. Появление новой специальности – специалитета по клинической психологии способствовало расширению базы преподаваемых дисциплин, формированию новых навыков и практических умений клинических психологов. Практические навыки и компетенции требуются при осуществлении различных видов экспертиз, реабилитации и абилитации, психокоррекции и восстановления здоровья, психодиагностики и психотерапии. Клиническая психология – междисциплинарная область, требующая знаний, как в области психологии, так и в смежных медицинских дисциплинах: неврологии, психиатрии, сексологии и др. Преподаватели кафедры общей и клинической психологии БГУ занимаются исследованиями в сфере теоретической и практической психологии, а также и мультидисциплинарными изысканиями в разных направлениях современной науки: биологии, философии, психиатрии. Исследования преподавателей кафедры касаются как традиционных направлений клинической психологии (нейропсихологии, психосоматики, психотерапии), так и расширения исследовательских направлений: геронтопсихологии, психологии аномального развития, клинической психологии в экспертной практике, нарушений пищевого поведения, цифровой социализации личности и др. Многие преподаватели кафедры являются практическими специалистами, работающими на клинических базах, опытными психологами и врачами. На кафедре работают доктора и кандидаты наук, представители различных научных направлений. Преподаватели кафедры с оптимизмом смотрят на перспективы дальнейшей подготовки студентов – будущих специалистов в области клинической психологии, сохраняя сложившиеся традиции преподавания, а также развивая и налаживая новые связи с клиническими практическими базами.

Основными проблемами в обучении клинических психологов являются трудности, связанные с усилением практической составляющей обучения. Многие учебные программы носят преимущественно теоретический характер. Поэтому в целях адаптации выпускников к реальной

работе следует отрабатывать со студентами практические навыки клинической психологической диагностики, клинического консультирования, психологической реабилитации. Кроме того, учебные программы не всегда учитывают актуальные потребности медицинских учреждений. В современных условиях растет спрос на клинических психологов с углубленной подготовкой в конкретных областях: перинатальной психологии, онкопсихологии и др. При составлении учебных планов следует учитывать данную потребность. Также для повышения профессиональной готовности студентов важно усилить поддержку на этапе начала работы, включая наставничество и супервизию.

С 2023 года действуют новые требования Минздрава к образованию клинических психологов (приказ от 02.05.2023 г. №206н). Согласно этому приказу, клиническим психологом считается специалист, имеющий высшее образование по определенным образовательным маршрутам (специалитет по клинической психологии, или специалитет по психологии плюс профессиональная переподготовка, или бакалавриат по психологии плюс магистратура по психологии плюс профессиональная переподготовка). Кроме того, для работы в здравоохранении требуется прохождение медицинской аккредитации. Это создает дополнительные требования к подготовке и контролю качества образования.

Современные методы клинической психологии включают использование виртуальной реальности, телемедицины, искусственного интеллекта и других технологий. Будущие клинические психологи должны осваивать эти инструменты, что требует учитывать при составлении учебных планов и включать данные дисциплины в учебные планы. В свою очередь, применение новых технологий поднимает вопросы безопасности данных, конфиденциальности информации о пациентах, этические дилеммы при выборе методов лечения. Это актуализирует проблему этических и правовых аспектов в подготовке клинических психологов в условиях технологической революции.

Студенты – будущие клинические психологи и молодые специалисты сталкиваются с такими проблемами, как недостаточное понимание специфики работы клинического психолога со стороны пациентов, риск эмоционального выгорания. Отсюда в процессе профессиональной подготовки студентов важно уделять внимание развитию стрессоустойчивости, навыков саморегуляции и профессиональной адаптации.

Проблемным аспектом в подготовке будущих клинических психологов является вопрос качественного состава абитуриентов. У ряда поступающих абитуриентов отсутствует четкое понимание целей поступления. Важно, чтобы каждый абитуриент осознавал значимость специальности и связь изучаемого материала с будущей профессиональной деятельностью. Отсутствует возможность полноценного отбора студентов при поступлении. Только по результатам ЕГЭ невозможно отобрать студентов для работы в сфере клинической психологии. Нужно вводить экзамен и собеседование при наборе абитуриентов. Слабая мотивация к получению профессии или ее отсутствие у части поступающих абитуриентов актуализирует проблему целенаправленного курирования первокурсников в целях их личностного и профессионального развития.

Таким образом, в последние годы профессия клинического психолога становится все более широко распространенной и востребованной. Соответственно актуализируется проблема совершенствования подготовки специалистов в сфере клинической психологии, применения современных образовательных и обучающих технологий при высоком качестве обучения. Для улучшения подготовки клинических психологов требуется комплексный подход, включающий обновление учебных программ, развитие практической базы, повышение качества преподавательского состава, усиление междисциплинарного взаимодействия и внимание к отбору абитуриентов.

ЦИФРОВАЯ САМОРЕГУЛЯЦИЯ КАК МИШЕНЬ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ СО СТУДЕНТАМИ

Хавыло А.В.

Калужский государственный университет им. К.Э. Циолковского, Калуга, Россия

Актуальность проблемы определяется высокой распространённостью тревожно-депрессивной симптоматики и других форм психологического неблагополучия среди студентов в период ранней взрослости. По данным систематических обзоров последних лет, в студенческих выборках

фиксируется выраженная симптоматическая нагрузка, особенно в пандемийный и постпандемийный период, хотя вывод о линейном и универсальном росте тревожных и депрессивных расстройств требует осторожности из-за гетерогенности выборок, методик и региональных различий (Sun et al., 2023; Филькина и др., 2022). Параллельно сохраняет клинико-профилактическую значимость несуицидальное самоповреждающее поведение (НСПП), которое может выступать поведенческим маркером нарушений эмоциональной регуляции в данной популяции (Kibitov et al., 2025; Sivertsen et al., 2019). В этом контексте цифровая среда занимает особое место: она выступает системой внешних регуляторных условий, способных как поддерживать адаптацию студента, так и существенно осложнять её.

Цель настоящих тезисов — теоретически обосновать цифровую саморегуляцию как многоуровневую мишень клинико-психологической профилактики у студентов ранней взрослости и показать её связь с ресурсно-функциональным, эмоционально-регуляторным и личностно-смысловым контурами психического здоровья.

Теоретическую основу предлагаемого подхода составляет авторская рабочая контурная модель психического здоровья, в которой выделяются три взаимосвязанных уровня психологического функционирования: ресурсно-функциональный, эмоционально-регуляторный и личностно-смысловой. Данная модель интегрируется с теорией самодетерминации (Self-Determination Theory, SDT; Deci & Ryan, 2000), в рамках которой значимым предиктором психологического неблагополучия рассматривается фрустрация базовых психологических потребностей — в автономии, компетентности и связанности.

При проблемных и компульсивных паттернах цифрового поведения в цифровой среде могут фрустрироваться все три базовые потребности. Навязанные уведомления, алгоритмически поддерживаемая «бесконечная лента» и трудность произвольного завершения цифрового взаимодействия могут ослаблять переживание автономии. Непредсказуемая обратная связь в онлайн-коммуникации и социальных сетях может снижать переживание компетентности и контролируемости социального взаимодействия. Поверхностная многоканальная коммуникация при постоянной онлайн-доступности способна создавать феномен «связанности без близости», при котором формальная включённость в контакт не сопровождается переживанием надёжной эмоциональной связи.

Согласно SDT, систематическая фрустрация базовых потребностей связана с ростом тревожно-депрессивной симптоматики и формированием контингентной самооценки — зависимости ощущения собственной ценности от внешнего одобрения, характерной для интроецированной регуляции. В исследованиях молодых людей проблемное использование социальных сетей связано с тревогой, депрессией, стрессом, нарушениями сна и снижением психологического благополучия; при этом клинически значимым оказывается не только объём экранного времени, но и качество цифрового поведения: социальное сравнение, страх упустить важное (FoMO), зависимость от обратной связи и использование цифровой среды как способа регуляции негативного аффекта (Shannon et al., 2022; Ahmed et al., 2024).

На ресурсно-функциональном уровне цифровая перегрузка ассоциирована с нарушением восстановительных циклов: сокращением продолжительности и качества сна, фрагментацией произвольного внимания и хроническим психическим истощением (Parry & le Roux, 2019). В клинико-психологической перспективе этот паттерн может рассматриваться как фактор, повышающий «стоимость адаптации» (McEwen, 1998): истощённый ресурсный контур снижает способность к совладанию с учебными и социальными стрессорами, создавая условия для поддержания субклинической тревожной и депрессивной симптоматики. Использование цифровых устройств в вечернее и ночное время связано с нарушениями сна и циркадной регуляции (Levenson et al., 2017; Chang et al., 2015). Лонгитюдные исследования в студенческих выборках показывают, что проблемное использование смартфона связано с прокрастинацией отхода ко сну, ухудшением качества сна и депрессивной симптоматикой; отношения между этими переменными имеют частично реципрокный характер (Cemei et al., 2024; Cui et al., 2021; Chen et al., 2023). Поэтому ночная цифровая активность и прокрастинация сна целесообразны как показатели первичной клинико-психологической оценки наряду с традиционными факторами риска.

На эмоционально-регуляторном уровне практически непрерывная онлайн-доступность и

постоянная антиципация ответа могут поддерживать паттерн эмоциональной гиперактивации (Reinecke et al., 2018; Johannes et al., 2018). Руминации, усиленные социальным сравнением в социальных сетях (Xu & Li, 2024), интолерантность к неопределённости (Liu et al., 2022), FoMO и компульсивная проверка уведомлений могут выступать медирующими механизмами между характером цифрового поведения и выраженностью симптомов тревоги и депрессии у студентов (Ahmed et al., 2024; Shannon et al., 2022). В аспекте НСПП исследования показывают, что экспозиция контенту, связанному с самоповреждением, а также отдельные формы проблемного и публичного использования социальных сетей ассоциированы с повышенным риском НСПП-идеации и самоповреждающего поведения (Arendt et al., 2019; Kingsbury et al., 2021; Nesi et al., 2021). Нарушения сна могут усиливать эмоциональную лабильность, импульсивность и трудности саморегуляции, что повышает клиническую значимость оценки ночных цифровых практик при НСПП (Latina et al., 2020). Следовательно, выявление паттернов цифрового поведения целесообразно включать в протокол первичной клинической оценки при НСПП у студентов.

На личностно-смысловом уровне цифровая среда может создавать условия для усиления экстернальной зависимости самоотношения — зависимости самооценки от «лайков», комментариев, числа подписчиков и алгоритмической видимости (Burrow & Rainone, 2017; Marengo et al., 2021). В терминологии SDT такой паттерн может быть описан как вариант контингентной самооценки (Crocker & Wolfe, 2001) и интроецированной регуляции (Ryan & Deci, 2000). Для ранней взрослости как периода интенсивного исследования идентичности это особенно значимо (Arnett, 2000): постоянное обращение к внешним референтным группам в цифровой среде может осложнять формирование устойчивых внутренних критериев самооценки и интеграцию идентичности (Yang et al., 2017; Nesi & Prinstein, 2015). Клинически подобный паттерн целесообразно рассматривать не как прямой признак пограничного расстройства, а как многомерную личностно-смысловую уязвимость, которая может проявляться нестабильностью самооценки, повышенной чувствительностью к отвержению, снижением аутентичности самопрезентации и переживанием внутренней пустоты (Ooi et al., 2020; Miller et al., 2020).

Цифровая гигиена в клинико-психологическом понимании может быть определена как система практик цифровой саморегуляции, направленных на восстановление функционально-ресурсного, эмоционально-регуляторного и личностно-смыслового контуров психического здоровья студента. На ресурсном уровне её мишенями выступают нормализация сна, ограничение использования смартфона в период, предназначенный для сна, и в спальном пространстве (sleep environment; Shoval et al., 2021), структурирование цифровых пауз и формирование «охраняемого» времени без устройств. На эмоционально-регуляторном уровне — управление условиями доступности, снижение FoMO, уменьшение экспозиции к триггерам руминации и освоение способов самонаблюдения за цифровым поведением (Faulhaber et al., 2023). На личностно-смысловом уровне — переход от внешне-контингентной самооценки, зависящей от цифровой обратной связи, к более автономным критериям самоотношения и рефлексии собственных цифровых практик.

Такой модуль может быть интегрирован в когнитивно-поведенческие и психопрофилактические протоколы для студентов, дополняя их техниками самомониторинга, контроля стимулов и поведенческой активации (Faulhaber et al., 2023; Lattie et al., 2019). В работе с НСПП цифровая гигиена не заменяет протокол оценки риска, но может использоваться как дополнительная мишень: оценка и снижение экспозиции контента, связанного с самоповреждением, анализ кибервиктимизации, использования устройств в ночное время, компульсивной проверки уведомлений и цифровых паттернов, связанных с усилением аффекта (Nesi et al., 2021). Экспериментальные данные показывают, что самоконтролируемое ограничение социальных сетей у студентов может снижать тревогу, депрессию, FoMO и одиночество (Hunt et al., 2018; Lambert et al., 2022; Plackett et al., 2023; Faulhaber et al., 2023); однако эффект, вероятно, зависит от исходного уровня дистресса, типа использования социальных сетей и того, является ли онлайн-коммуникация источником поддержки или триггером сравнения и эмоциональной дезрегуляции.

Таким образом, цифровая саморегуляция может рассматриваться как перспективная мишень клинико-психологической профилактики в вузе. Её оценка должна включать не только длительность экранного времени, но и качество цифрового поведения: ночное использование устройств, компульсивную проверку уведомлений, экспозицию триггерному контенту, зависимость самооценки

от онлайн-валидации и использование цифровой среды как способа регуляции аффекта. Такой подход позволяет перейти от бытовой идеи «цифровой гигиены» к клинико-психологически операционализируемому модулю сопровождения студентов, согласованному с задачами профилактики тревожно-депрессивной симптоматики и НСПП в период ранней взрослости.

МЕТОДЫ РЕЛАКСАЦИИ И АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКИ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Чугунова О.М., Андреева А.П.

Республиканский наркологический диспансер, Чебоксары, Россия

При работе с пациентами, зависимыми от психоактивных веществ приоритетное место отводится процессу формирования личности, умеющей улучшить качество собственной жизни и управлять ею посредством овладения техниками целеполагания и приемами саморегуляции.

Однако определение целей является проблемой для большинства наших пациентов. Не научившись обозначать цель и добиваться ее – невозможно начать новую трезвую жизнь. Достигнуть хороших результатов помогает умение осознать цель и составить план по ее осуществлению. Пациенты с зависимостью от психоактивных веществ (по данным ранее проведенных нами исследований структуры личности) имеют гипертимный тип личности с раздражительностью, плохо осознаваемыми своими эмоциями и неумением справляться с ними. Поэтому важнейшим направлением психокоррекционных мероприятий так же является обучение приемам релаксации и аутогенной тренировки. Аутогенная тренировка, базирующаяся на мышечной релаксации, ведет к снижению раздражительности, эмоциональной неустойчивости, чрезмерного проявления эмоциональных реакций. Длительное применение релаксационных техник приводит к восстановлению сна, когнитивных функций, душевного равновесия, адекватного реагирования. Особую ценность применения методов аутогенной тренировки в работе с зависимыми представляет то, что пациент активно включен в психотерапевтический процесс, с сохраненным самоконтролем. Важным моментом является и то, что техники саморегуляции пациент может в дальнейшем применять самостоятельно, независимо от психотерапевта, улучшая свое психоэмоциональное состояние.

Для психокоррекционной работы с пациентами были выдвинуты следующие задачи:

1. Определить уровень осознанности своей зависимости от психоактивных веществ.
2. Проанализировать приоритетные направления жизни пациентов.
3. Выявить трудности планирования ближней и дальней жизненной перспективы.
4. Определить степень овладения техниками релаксации и аутогенной тренировки.
5. Определение умения оценивать свои чувства и конструктивного проявления своих эмоций.

Для повышения эффективности процесса реабилитации и адаптации пациентов в социуме необходимо развивать у пациентов умение осознанно пребывать в каждом моменте своей жизни.

Цель исследования: изучение воздействия методов релаксации и аутогенной тренировки на личности больных, имеющих зависимость от ПАВ.

Объект и предмет исследования: тренинги релаксации и аутогенной тренировки и их воздействия на психологические особенности пациентов, зависимых от ПАВ, проходящих лечение в отделении медицинской реабилитации для лиц с наркологическими расстройствами. Нами были применены следующие психодиагностические методики: Шкала тревоги А. Бека, тест цветовых предпочтений М. Люшера (обработка Л. Собчик), «Волшебная страна чувств», Опросник совладения со стрессом, САН.

Нами была проведена психокоррекционные сеансы по методу КАП КПС – «ЭКРАН», применены методы аутогенной тренировки по Шульцу, прогрессивная мышечная релаксация по Джекобсону.

Результаты исследования показали, что после проведенных релаксационных мероприятий у 83 % пациентов существенно изменились индивидуально-психологические характеристики, у них становились менее выраженными раздражительность, тревожность, депрессивные проявления, улучшилось качество сна, поведенческое реагирование стало более адекватным. Произошли

изменения во внутренней картине болезни: пациенты более осознанно и ответственно стали относиться к своему заболеванию.

МОНИТОРИНГ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Шаповалова М.В., Пушкарева Т.В., Лопатина Д.В., Епифанцева И.С.

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

С 2018 года Российская Федерация и Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) стали активно сотрудничать в области создания многоцентровой системы мониторинга самоповреждений и суицидальных попыток. В рамках текущего сотрудничества между Российской Федерацией и ВОЗ, в области психического здоровья, в 2019 году была внедрена пилотная инициатива, направленная на создание системы эпиднадзора за актами самоповреждений в стране. Предложено использовать методологию в пилотном режиме в трех регионах (Уральский федеральный округ, Северо-Кавказский федеральный округ и Дальневосточный федеральный округ), выразившие свое желание и готовность стать пилотной площадкой для применения инструмента ВОЗ в целях совершенствования своей системы мониторинга и эпиднадзора за актами самоповреждения и обеспечения стандартизации на субнациональном уровне для дальнейшего расширения в масштабах всей страны путем создания многоцентровой системы эпиднадзора за актами самоповреждения. Таким образом, с 2019 года Забайкальский край вошел в число трех пилотных площадок Всемирной организации здравоохранения, был разработан и утвержден единый перечень показателей мониторинга актов самоповреждения. На базе ГБУЗ «ККПБ им. В.Х. Кандинского» был открыт Центр мониторинга суицидального поведения Забайкальского края, который занимается сбором и анализом информации об актах самоповреждения и суицидальных тенденциях населения Забайкальского края.

В 2020 году Министерством Здравоохранения Забайкальского края издан Приказ №169/ОД «О совершенствовании мониторинга и профилактики суицидального поведения среди населения в Забайкальском крае», в котором были утверждены учетные формы мониторинга суицидального поведения на территории Забайкальского края, а так же порядок передачи данной информации в Центр мониторинга ГБУЗ «ККПБ им. В.Х. Кандинского», с целью своевременной отработки каждого случая суицидального поведения населения Забайкальского края.

Анализируя период с 2020 по 2025 г. в Центре мониторинга ГБУЗ «ККПБ им. В.Х. Кандинского» было зарегистрировано 3755 случаев самоповреждений, среди которых 59% - это суицидальные попытки, совершенные женщинами, а 41% - мужчинами. Среди суицидальных попыток несовершеннолетних прослеживается значительная разница между попытками, совершаемыми юношами и девушками. А именно, 78% суицидальных попыток совершается несовершеннолетними женского пола и только 22% лицами мужского пола.

Выявлено, что большую часть самоповреждений совершают жители городов (55%), а меньшую - жители сельской местности (45%).

В базе данных Центра мониторинга актов самоповреждения 34,6% занимают суицидальные попытки несовершеннолетних. Соответственно, попыток у лиц старше 18 лет – 65,4%. В отдельные группы выделены суицидальные попытки, совершаемые пенсионерами - 6,7%, а работоспособным населением - 72%.

Среди актов самоповреждения несовершеннолетних зарегистрировано 1299 случаев, попыток в возрасте от 0 до 14 лет - 44%; в возрасте от 15 до 16 лет - 39,5%; в возрасте 17 лет - 16,5%.

За период с 2020 по 2025г. в базе мониторинга были зарегистрированы суицидальные попытки среди несовершеннолетних самого младшего возраста 6 лет в 2022 году и 7 лет в 2021 году. Самый взрослый парасуицид зарегистрирован в 2025 году, женщина 102-х лет нанесла самопорезы.

По методам совершения суицидальных попыток зарегистрировано следующее: 52% самопорезы, 24% медикаментозные отравления, 8% самоповешения и самоудушения, 2% падения с высоты, 14% - другие способы самоповреждений, в которые входят отравления другими веществами, утопления, самоподжеги и другие. Данные тенденции прослеживаются в течение каждого года в период с 2020 по 2025 годы.

В данных мониторинга суицидального поведения так же регистрируются суицидальные тенденции несовершеннолетних, в которые входят суицидальные мысли и намерения, следы самоповреждений. С каждым годом увеличивается выявляемость суицидальных тенденций несовершеннолетних, если в 2020 году зарегистрировано 22 случая, то в 2025 году – 192 случая. Всего зарегистрировано 546 случаев суицидальных тенденций несовершеннолетних за период с 2020 по 2025 годы.

Мониторинг отвечает за фиксацию, передачу и анализ данных, является основополагающим элементом в системе межведомственного взаимодействия в оказании помощи людям с суицидальным поведением. Внедрение в Забайкальском крае пилотной системы мониторинга суицидального поведения, разработанной совместно с ВОЗ, позволило создать эффективную структуру для сбора, анализа и своевременного реагирования на случаи самоповреждений и суицидальных попыток.

Анализ показал, что большинство попыток совершается в городской среде, а наиболее распространенными методами являются самоповреждения и медикаментозные отравления. Преобладание городских жителей среди совершивших самоповреждения может быть связано с особенностями социальной среды и стрессовыми факторами в городах. Разнообразие методов совершения попыток требует комплексного подхода к профилактике и ограничению доступа к потенциально опасным средствам. Повысилась выявляемость суицидальных тенденций среди несовершеннолетних. Значительная доля несовершеннолетних (особенно девушек) среди лиц с суицидальными попытками указывает на необходимость усиления работы в образовательных учреждениях и с семьями. Анализ причин суицидальных попыток среди несовершеннолетних говорит о том, что большинство самоповреждений происходит по причине детско-родительских конфликтов, а также конфликтов в межличностных отношениях среди сверстников.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости дальнейшего развития и продолжения профилактических мероприятий, включая раннее выявление групп риска, усиление психологической поддержки в образовательных учреждениях и повышение информированности населения. Опыт Забайкальского края может быть использован для масштабирования эффективных практик на другие регионы России, что будет способствовать снижению уровня суицидального поведения и укреплению психического здоровья населения. В целом внедрение системы мониторинга стало важным шагом к совершенствованию профилактики суицидального поведения в регионе.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ГБУЗ «ККПБ им. В.Х. КАНДИНСКОГО»

Ширяева Н. А.

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

Внедрение полипрофессионального бригадного подхода, включающего врачей-психиатров, медицинских психологов, специалистов по социальной работе, психотерапевтов, стало стандартом современной качественной помощи в психиатрии. На базе ГБУЗ «ККПБ им. В. Х. Кандинского» реабилитационная функция реализуется посредством распределённой интегрированной системы психосоциальной реабилитации. Данная система представляет собой сложноорганизованную сеть взаимодействия специалистов различного профиля, встроенных в структуры основных клинических подразделений больницы. Методика реабилитации лиц с психическими расстройствами в Краевой психиатрической больнице имени Кандинского основана на биопсихосоциальной модели и реализуется через полипрофессиональный бригадный подход.

Основополагающими направлениями реабилитации являются: индивидуальная и групповая психокоррекция, социально-бытовая адаптация, трудовая и творческая реабилитация, семейная поддержка, досуговая и спортивная активность и другие.

К основным процессам в подразделении психосоциальной реабилитации относятся: процесс оценки реабилитационного потенциала, процесс планирования реабилитационного вмешательства, процесс реализации реабилитационных мероприятий, процесс завершения и преемственности.

При оценке кадрового потенциала ГБУЗ «ККПБ им. В. Х. Кандинского», согласно отчетным данным за период 2023–2025 гг. отмечается высокая укомплектованность должностями клиническими психологами, темп прироста составил 2,3%.

При оценке деятельности психосоциальной реабилитации отмечается рост пациентов, охваченных бригадной формой оказания психиатрической помощи. Увеличение на 8,7%, достигнув более 4 тысяч человек. Данный факт свидетельствует о системном внедрении реабилитационного подхода во всех структурных подразделениях больницы. В отделении первого психотического эпизода охват пациентов бригадной помощью достиг 89%, что является прямым вкладом в профилактику инвалидизации и восстановление социальных связей при дебюте тяжелых расстройств.

Ведется активная социально-правовая работа. Так, специалистами в общепсихиатрических отделениях за 2025 год осуществлены сотни контактов с органами соцзащиты, выполнены сложные задачи по восстановлению документов, устройству в интернаты. А также проведена огромная работа по восстановлению связей с родственниками.

В детской службе успешно развивается программа «Школа для родителей» для семей детей с РАС, охватившая 150 человек в 10 группах. Использование дистанционных форматов (Zoom, мессенджеры) позволило обеспечить доступность помощи для жителей отдаленных районов Забайкальского края. Применяется современное оборудование (логопедические тренажеры, интерактивные столы, сенсорные комнаты), которое закуплено в рамках грантовой поддержки.

В психотерапевтическом отделении и дневных стационарах широко применяются инновационные методы: нейрогимнастика, миорелаксация с элементами йоги, ароматерапия, выездные фотосессии и экскурсии (этно-парк «Сухотино», музеи), терапия средой. Особенно важно развитие открытых терапевтических групп с поддержкой общения в мессенджерах, что обеспечивает непрерывность реабилитации.

В рамках трудовой реабилитации работают швейная мастерская «Ажур», что способствует восстановлению трудовых навыков и самоидентификации пациентов.

В рамках осуществления кризисной службы оказана помощь более одной тысячи обратившимся, из них более 400 детей и подростков.

Таким образом, деятельность психосоциальной реабилитации ГБУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского» за 2023-2025 гг. характеризуется расширением охвата пациентов, развитием сети полипрофессиональных бригад и внедрением современных реабилитационных технологий.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ТУБЕРКУЛЁЗОМ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Шишмарева Е.Е.

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

Связь между психическими расстройствами и туберкулёзом является двунаправленной. С одной стороны, лица с психическими заболеваниями входят в группу высокого риска заражения из-за социально-экономических факторов, сниженной критики и трудностей с соблюдением гигиены. С другой стороны, сам диагноз туберкулёза, длительная изоляция и стигматизация являются мощным стрессом, провоцирующим развитие психических расстройств. В крайне редких случаях как сам туберкулёз (при поражении ЦНС), так и противотуберкулёзные препараты могут провоцировать психотические эпизоды. Это обосновывает необходимость создания специализированных отделений и подчеркивает сложность ведения таких пациентов с научной точки зрения.

Психиатрическое отделение для пациентов с туберкулёзом является структурным подразделением ГБУЗ «ККПБ им. В.Х. Кандинского». Оно расположено в 6-м корпусе больницы и рассчитано на 45 коек. Отделение оказывает лечебную помощь населению при сочетании психической патологии и специфического соматического заболевания (туберкулёзного процесса) независимо от остроты состояния и нозологической формы заболевания. Пациенты распределяются по палатам согласно эпидемиологическим правилам и нормативам: отдельно размещаются больные с бактериовыделением; отдельно – пациенты без бактериовыделения; изолированно находятся лица с лекарственной устойчивостью к противотуберкулёзным препаратам, а также пациенты с ВИЧ-инфекцией. В отделении проводится полный объём обследований, ведение и лечение больных согласно стандартам медицинской помощи. Ведущий метод лечения – психофармакотерапия с

применением различных комбинаций психотропных препаратов. Схемы подбираются индивидуально в зависимости от клинической картины и общесоматического состояния (с учётом тяжести туберкулёзного процесса). Лечение самого туберкулёзного процесса у психически больных строится на тех же принципах, что и у пациентов без психических нарушений (в соответствии с федеральными клиническими рекомендациями и краевыми стандартами фтизиатрической помощи). Однако наличие коморбидной патологии требует коррекции психотропной терапии и назначения симптоматического лечения. Для предупреждения рецидивов туберкулёза в отделении ежегодно 2 раза в год проводятся трёхмесячные курсы противорецидивного лечения для следующих категорий: пациенты с клиническим излечением туберкулёза; лица с остаточными изменениями после перенесённого туберкулёза; лица, находящиеся в контакте с больными активным туберкулёзом. Кроме того, регулярно (2 раза в месяц) выполняется рентгенография органов грудной клетки. Наряду с фармакотерапией в повседневной практике используются: элементы рациональной психотерапии; терапия занятостью, игротерапия, арт-терапия; психообразование; индивидуальные и групповые формы работы психолога и специалиста по социальной работе.

Контингент отделения представлен в основном: шизофренией (преимущественно с дефицитарной симптоматикой); органическими расстройствами; умственной отсталостью. Около 30% пациентов отделения – это лица, находящиеся на принудительном лечении. Большинство пациентов утратили социальные связи.

Статистические показатели (2023–2025 гг.): поступление в отделение в 2023г. – 47 чел., в 2024г. – 39 чел., в 2025г. – 32 чел., переведено из других отделений ГБУЗ «ККПБ им. В.Х. Кандинского» в 2025г. – 21 чел., в 2024г. – 10 чел., в 2023г. – 22 чел. (практически все пациенты с остаточными изменениями после перенесённого туберкулеза лёгких, в 2024 году среди переведённых из других отделений 2 человека были с активным туберкулёзом). Выписаны в 2023г. – 52 чел., в 2024г. – 48 чел., в 2025г. – 43 чел. Переведены в учреждения социальной защиты за последних три года 4 человека. Летальность и выявляемость: смертность от туберкулёзного процесса: в 2023 г. – 1 чел., 2024 г. – 0, 2025 г. – 1. Впервые выявленный туберкулёз лёгких: 2025 г. – 1 пациент, в 2023 и 2024 гг. – таких не было. Рецидивы туберкулёзного процесса: не зарегистрированы.

В последние годы отмечается снижение общего числа поступлений пациентов. Вероятно, это связано со снижением заболеваемости и распространённости туберкулёза в Забайкальском крае (по данным ЗККФЦ показатель заболеваемости туберкулезом на территории края снижается, так в 2025г. снизился на 14,5%, а распространённость туберкулеза снизилась на 5,3% по сравнению с 2024г.). Соответственно снижается работа койки и выполнение плана койко-дней. Средние сроки пребывания на койке в отделении практически не меняются и остаются высокими (в 2023г. – 109,1 койко-дня, в 2024г. – 139,9 койко-дня, в 2025г. – 134,2 койко-дня). Причинами длительного нахождения на круглосуточной койке являются: тяжёлая сопутствующая патология; отсутствие постоянного места жительства у пациентов; малое количество путёвок в дома-интернаты для пациентов утратившим социальные связи.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ НА ПРИЕМЕ У ВРАЧА-ПСИХИАТРА

Штань М.С.

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

Рост показателей заболеваемости сосудистой деменцией за последние три года в г. Чите (Забайкальский край) обуславливает необходимость более дифференцированного подхода к диагностике когнитивных нарушений при первичном обращении. Как же все-таки специалисту первичного звена разграничить сосудистую и дегенеративную патологию уже на первых приемах? Безусловно, не стоит забывать о факторах, которые затрудняют диагностику на первичном осмотре, к ним относятся поздние обращения и отсутствие объективных сведений со стороны родственников. Обязательно должен проводиться более тщательный сбор анамнеза у родственников в отношении значимой сосудистой патологии в состоянии декомпенсации (нередко при достижении определенного возраста может выставляться диагноз артериальной гипертензии, но при этом артериальное давление

стабильное в течение длительного времени); перенесенные ОНМК в стратегически важных зонах. Уже на первом приеме врач может провести минимальный набор психологических тестов для определения профиля когнитивных нарушений, при этом затратив минимальное время и не истощив пациента длительным исследованием, а уже в дальнейшем можно провести более детальное нейропсихологическое тестирование с акцентом на определение топографических нарушений. В качестве метода диагностики можно использовать тест «три когнитивных нейропсихологических теста» (3-КТ). 1. Тест на речевую активность. Пациенту предлагается за 1 минуту назвать как можно больше названий растений или животных (семантически опосредуемые ассоциации) и слов, начинающихся на определенную букву, например, на «л» (называние менее 12 семантически опосредованных ассоциаций и менее 10 фонетически опосредуемых ассоциаций обычно свидетельствует о выраженной когнитивной дисфункции; снижение числа семантически опосредуемых ассоциаций – один из ранних признаков деменции, который особенно характерен для болезни Альцгеймера). 2. Тест на зрительную память. Пациенту предъявляется лист с 12 изображениями простых, легко запоминающихся предметов. Время запоминания не ограничивается. Учитывается немедленное и отсроченное воспроизведение после интерференции. После попытки называния, пациенту предлагается подсказка в виде 48 изображений, среди которых нужно указать предъявляемые ранее. При этом оценивается количество узнанных изображений и число ложных узнаваний (в норме пациент должен вспомнить 6 и более изображений и узнать 12). Для дисфункции височно-лимбической системы, прежде всего гиппокампа, характерно снижение как воспроизведения (особенно отсроченного), так и узнавания, тогда как для лобной подкорково-лобной дисфункции характерна диссоциация между сниженным воспроизведением и относительно сохранным узнаванием. 3. Тест рисования часов. Пациента просят самостоятельно нарисовать на листе чистой бумаги круг, расставить внутри круга цифры, имитируя циферблат часов, и поставить стрелки так, чтобы они показывали заданное врачом время.

Таким образом, снижение фонетической речевой активности, при сохранности семантической; нарушение самостоятельного рисования часов, при сохранности копирования свидетельствуют о дисфункции лобных долей. Гиппокампальный когнитивный профиль определяется в случае нарушений семантической речевой активности, нарушении копирования часов. Проведение по возможности при первичном обращении краткой шкалы оценки психического статуса в дальнейшем поможет оценивать эффективность лечения.

ПЕРСПЕКТИВЫ И ОГРАНИЧЕНИЯ ИНТЕГРАЦИИ ЭНДЕМИЧНОЙ ФЛОРЫ УЗБЕКИСТАНА В СИСТЕМУ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ: ВОПРОСЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКИ

Юсупова З.Ш., Расулова Х.А.

Ташкентский государственный медицинский университет, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Современная психиатрическая парадигма диктует необходимость поиска путей снижения полипрагмазии и оптимизации терапевтического ответа при сохранении высокого профиля безопасности. В этом контексте флора Узбекистана, представленная такими видами, как зайцегуб опьяняющий (*Lagochilus inebrians*) и унаби (*Ziziphus jujuba*), вызывает значительный научно-практический интерес. Однако, несмотря на их традиционное использование в народной медицине, вопрос включения данных фитопрепаратов в официальные протоколы остается дискуссионным из-за дефицита крупномасштабных доказательных данных, соответствующих международным стандартам GCP.

Цель исследования: заключалась в предварительной оценке возможности и целесообразности использования стандартизированных растительных экстрактов регионального происхождения в качестве адьювантного компонента при лечении тревожных состояний.

Материалы и методы исследования. В проспективном наблюдательном исследовании приняли участие 42 пациента (23 женщин и 19 мужчин) в возрасте от 22 до 55 лет с диагностированными тревожно-невротическими расстройствами (F41.2, F43.2). Пациенты были распределены на две группы: основная группа (42 человека) получала стандартную фармакотерапию в сочетании со

стандартизированным экстрактом *Lagochilus inebrians*, контрольная группа (21 человека) – монотерапию психофармакологическими средствами (СИОЗС или транквилизаторы). Мониторинг состояния осуществлялся в течение 28 дней с использованием шкал НАМ-А (шкала Гамильтона для оценки тревоги) и CGI-S (шкала общего клинического впечатления).

Результаты исследования. Предварительный анализ показал статистически значимое ($p < 0,05$) снижение среднего балла по шкале НАМ-А на 38% в основной группе на 14 день наблюдения, в то время как в контрольной группе средний балл снизился на 26%. Вместе с тем, существенной разницы в динамике тяжелых психопатологических симптомов между группами выявлено не было, что указывает на преимущественную эффективность фитотерапии в спектре мягких соматовегетативных нарушений. Важно отметить, что включение растительных компонентов способствовало лучшей субъективной переносимости лечения и снижению частоты жалоб на диспепсические расстройства, однако не позволило полностью исключить необходимость коррекции дозировок основных препаратов.

Выводы. Растительные ресурсы Узбекистана обладают определенным потенциалом в качестве средств поддерживающей терапии и вторичной профилактики, способствуя повышению комплаентности пациентов. Тем не менее, полученные данные на выборке из 42 человек носят предварительный характер и не позволяют экстраполировать результаты на тяжелые формы психических заболеваний. Современный взгляд на данную проблему требует проведения дальнейших многоцентровых двойных слепых плацебо-контролируемых исследований для уточнения механизмов фармакокинетического взаимодействия местных эндемиков с психотропными средствами нового поколения.

СПЕЦИФИКА ФОРМИРОВАНИЯ ВЕДУЩИХ СИНДРОМОКОМПЛЕКСОВ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Юсупова З.Ш., Рогов А.В.

Ташкентский государственный медицинский университет, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Глобальная пандемия COVID-19 стала серьезным вызовом для мирового здравоохранения, оказав беспрецедентное по масштабам негативное влияние на психическое здоровье населения и спровоцировав резкий рост депрессивных расстройств различной этиологии. Психические нарушения, возникающие в рамках постковидного синдрома, характеризуются особой сложностью структуры, так как они практически всегда сопровождаются выраженными соматическими симптомами, что существенно затрудняет процесс дифференциальной диагностики, последующего лечения и долгосрочной реабилитации.

Цель исследования. Основной целью настоящего исследования стало выявление и систематизация ведущих клинических синдромокомплексов у пациентов, страдающих депрессивными расстройствами, протекающими на фоне перенесенной коронавирусной инфекции.

Материалы и методы исследования. В качестве методологической базы были отобраны 86 пациентов, чьи диагнозы соответствовали критериям МКБ-10 для депрессивного эпизода (F32) и рекуррентного депрессивного расстройства (F33). Для получения объективной клинической картины применялся комплексный подход, включающий анализ катamnестических данных, изучение истории болезни и использование валидированных психометрических шкал. Исследование проводилось в условиях стационарной реабилитации, длительность которой варьировалась от 34 до 37 дней, что позволило детально отследить динамику состояния пациентов.

Результаты исследования. В ходе анализа полученных данных были четко верифицированы основные синдромокомплексы, определяющие клинический профиль обследуемых. Наиболее распространенными оказались соматовегетативные нарушения, зафиксированные у подавляющего большинства участников – 93% случаев ($n=80$), что подтверждает системное воздействие вируса на автономную нервную систему. Депрессивно-астенический синдром, характеризующийся повышенной истощаемостью и снижением витального тонуса, был диагностирован у 48,8% больных ($n=42$), в то время как тревожно-депрессивный компонент наблюдался у 46,5% пациентов ($n=40$). Примечательно, что наиболее сложный в терапии депрессивно-деперсонализационный синдром

встречался значительно реже и составил всего 5,8% (n=5).

Выводы. Полученные результаты убедительно доказывают, что постковидная депрессия является мультифакторным состоянием, требующее междисциплинарного подхода. Сформулированные выводы подчеркивают острую необходимость внедрения комплексных программ реабилитации, которые объединяют в себе психофармакологическую коррекцию, психотерапевтическую поддержку и профильную соматическую помощь. Только такая интегративная стратегия позволяет существенно повысить эффективность терапии, минимизировать риск хронизации процесса и значительно улучшить общее качество жизни пациентов в постпандемический период.

НАУЧНОЕ ИЗДАНИЕ

**Материалы
межрегиональной научно-практической конференции
«IV Кандинские чтения»
(г. Чита, 10–11 июня 2026 года)**

**Под научной редакцией
А.С. Озорнина**