

**МАТЕРИАЛЫ IV СЪЕЗДА ПСИХИАТРОВ,  
НАРКОЛОГОВ, ПСИХОТЕРАПЕВТОВ,  
МЕДИЦИНСКИХ ПСИХОЛОГОВ ЧУВАШИИ**



**Чебоксары 2010**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО  
РАЗВИТИЯ ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
ЧУВАШСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ПСИХИАТРОВ,  
НАРКОЛОГОВ, ПСИХОТЕРАПЕВТОВ, ПСИХОЛОГОВ  
Республиканская психиатрическая больница  
Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова

**МАТЕРИАЛЫ IV СЪЕЗДА ПСИХИАТРОВ,  
НАРКОЛОГОВ, ПСИХОТЕРАПЕВТОВ,  
МЕДИЦИНСКИХ ПСИХОЛОГОВ ЧУВАШИИ**

28-29 июня 2010 г.

Чебоксары 2010

УДК 616.89  
М 65

*Съезд проводится в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики от 27 ноября 2009 г. №1326*

Материалы IV съезда психиатров, наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов Чувашии. Чебоксары, 2010. 376 с.

Материалы посвящены разным аспектам психиатрии, наркологии и психотерапии. Представлены результаты исследований врачей и ученых Белоруссии, Израиля, Таджикистана, Украины, городов Астрахани, Барнаула, Горно-Алтайска, Грозного, Екатеринбурга, Иванова, Ижевска, Казани, Кирова, Красноярска, Москвы, Набережных Челнов, Новокузнецка, Новосибирска, Омска, Оренбурга, Петрозаводска, Пятигорска, Перми, Ростова-на-Дону, Рязани, Самары, Санкт-Петербурга, Саранска, Ставрополя, Тамбова, Твери, Тюмени, Ульяновска, Хабаровска, Чебоксар, Челябинска, Ярославля, районов и городов Чувашии. Работы публикуются в авторской редакции.

Для организаторов здравоохранения, ученых, врачей психиатров, наркологов, психотерапевтов и медицинских (клинических) психологов.

Научный редактор профессор А.В. Голенков

УДК 616.89

© Коллектив авторов, 2010

## СОДЕРЖАНИЕ

### ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХИАТРИИ

<b>Алексеев В.В., Никитин Л.Н. (Чебоксары)</b> Анализ безрезультативных вызовов скорой психиатрической помощи.....	18
<b>Волгина Ф.М. (Казань)</b> Предикторы повторных госпитализаций в психиатрический стационар.....	20
<b>Волгина Ф.М. (Казань)</b> Проблема регоспитализаций в психиатрический стационар.....	21
<b>Заика В.Г., Крысенко П.Б., Ковалева С.В. (Ростов-на-Дону)</b> Неотложная психиатрическая помощь: взгляд на проблему.....	23
<b>Калинина Е.В. (Чебоксары)</b> Проблемы взаимодействия психиатров и врачей общесоматической сети при выявлении пациентов с впервые возникшими психическими расстройствами.....	25
<b>Козлов А.Б. (Чебоксары)</b> О ходе выполнения программных мероприятий подпрограммы «Психические расстройства» за 2008-2009 годы.....	28
<b>Козлов А.Б., Овечкина Л.А. (Чебоксары)</b> Психическое здоровье населения Чувашии.....	36
<b>Лаврентьева Н.В., Никитин Л.Н. (Чебоксары)</b> Анализ регоспитализации и реабилитация амбулаторных больных.....	39
<b>Николаев Е.Л., Александров А.Ю. (Чебоксары)</b> Образовательные траектории в системе подготовки психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов в Чувашии.....	41
<b>Николаев Е.Л. (Чебоксары)</b> Профессиональное издание Чувашской ассоциации психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов.....	43
<b>Овечкина Л.А. (Чебоксары)</b> Анализ кадровых ресурсов психиатрической службы Чувашии.....	45
<b>Орлов Ф.В., Степанова Н.Л. (Чебоксары)</b> Первый опыт работы психосоматического отделения.....	48
<b>Соловьева Н.В. (Москва)</b> Реформирование психиатрической службы.....	51
<b>Филашихин В.В., Аведисова А.С. (Москва)</b> Обращаемость за психиатрической помощью в частные психиатрические учреждения.....	53

## ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

- Березовская М.А. (Красноярск)** Гемодинамические нарушения и неврологические симптомы у больных параноидной шизофренией.....55
- Березовская М.А. (Красноярск)** Исследование состояния кровотока в магистральных артериях головного мозга методом транскраниальной доплерографии у больных параноидной шизофренией.....57
- Золотарев С.В., Ягода С.А., Бакуменко К.И. (Ставрополь)** Психофизиолого-математическая дифференциальная диагностика условно-здоровых лиц и лиц больных шизофренией.....58
- Романов Д.В., Носачев Г.Н., Стрельник С.Н. (Самара)** Хронобиологические исследования аффективной патологии.....60
- Сиротина В.А., Логинов И.П. (Хабаровск)** Значимость стресса в развитии шизофрении.....62
- Стрельник С.Н. (Самара)** «Биоритм» или «психоритм»: к методологии хронобиологических исследований психической патологии (на примере депрессий).....63
- Щербакова И.В. (Москва)** Шизотипический диатез – шизофрения: иммунологические исследования.....65

## ДЕТСКАЯ И ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

- Альтшулер А., Борохов А. (Израиль)** Психотерапевтическая коррекция последствий психологической травмы ребёнка и фиксирующего влияния родителей на его посттравматические симптомы.....67
- Голенков А.В., Иванова Л.М., Сподина Е.А., Малышкина Ю.Н. (Чебоксары)** Нарушения сна у старшеклассников.....70
- Гранадская Н.Ф. (Чебоксары)** Умственная отсталость, обусловленная аномалиями аутосом (синдром Дауна).....72
- Камакина О.Ю. (Ярославль)** Опыт психологического исследования отношения к здоровью детей младшего школьного возраста и их родителей.....74
- Лассан Л.П. (Санкт-Петербург)** Специфика нарушений когнитивных функций у больных с очаговыми поражениями правого и левого полушарий мозга в разные возрастные периоды детства.....76

<b>Малахова С.Ю. (Ярославль)</b> Диагностика психологического здоровья дошкольников как цель и критерий успешности работы ДОУ.....	78
<b>Мойсюк Л.В., Сойникова М.Е., Фролкова Е.И. (Петрозаводск)</b> Анализ электроэнцефалограммы у детей с задержкой психического развития.....	80
<b>Мухамадиев Д.М. (Москва)</b> Некоторые особенности формирования хронических изменений личности у лиц, переживших экстремальную психотравмирующую ситуацию в детском и подростковом возрасте.....	82
<b>Петрова И.Е. (Чебоксары)</b> Характеристика семей детей с умственной отсталостью.....	84
<b>Петухова Н.П., Литвинцева Л.Ф., Любичева Н.И. (Новокузнецк)</b> Значение восприятия времени в формировании здорового образа жизни у подростков.....	86
<b>Пчельникова О.А., Пчельников Ю.М., Лекомцев В.Т., Дьячкова И.С. (Ижевск)</b> Деструктивность в клинической картине депрессивных неврозов у детей.....	88
<b>Хорошавина О.В., Багаев В.И. (Киров)</b> Особенности взаимоотношений в семье, воспитывающей ребенка-инвалида с заболеваниями крови.....	90
<b>Юрьева Л.Н., Гура Э.И. (Днепропетровск)</b> Подростковый синдром «лишения родительской опеки».....	92

## ГЕРОНТОПСИХИАТРИЯ

<b>Боев И.В., Боев О.И., Небытов К.С., Каракова С.Н. (Ставрополь)</b> Дифференциальная диагностика легких когнитивных нарушений.....	94
<b>Боев О.И., Небытов К.В. (Ставрополь)</b> Актуальность диагностики легких когнитивных нарушений.....	96
<b>Бомов П.О. (Оренбург)</b> Клинико-нейропсихологическая диагностика псевдоорганического дефекта личности у больных шизофренией с дебютом в позднем возрасте.....	98
<b>Жмудь М.В., Потемкин Б.Е., Сиденкова А.П. (Екатеринбург)</b> Идентификация факультативных симптомов поздних деменций в условиях проведения гражданских экспертиз.....	99

- Крысенко П.Б., Заика В.Г., Арапов В.В. (Ростов-на-Дону)** Психогенные механизмы формирования затяжных депрессивных расстройств в позднем возрасте.....102
- Языкова И.М., Сиденкова А.П. (Екатеринбург)** Поздние деменции как причины госпитализаций в геронтопсихиатрический стационар.....104

## КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

- Борохов А.Д. (Израиль)** Клиническое значение психосемантического анализа татуировки в психиатрии.....106
- Закс Д.Б., Злоказова М.В. (Киров)** Типы приспособительного поведения у пациенток с неблагоприятным течением параноидной шизофрении.....108
- Калашникова Т.В., Салмина-Хвостова О.И. (Новокузнецк)** Взаимосвязь нарушений пищевого поведения телеутов Кузбасса с аффективными расстройствами.....110
- Калинина Е.В. (Чебоксары)** Оценка пациентами своего психического состояния при впервые возникших психических расстройствах.....112
- Корнилова Л.А., Овечкина Л.А. (Чебоксары)** Сравнительный анализ временной нетрудоспособности в амбулаторном и стационарном звене.....114
- Овечкина Л.А., Руссов А.В. (Чебоксары)** Анализ недобровольной госпитализации в психиатрический стационар.....115
- Пивень Б.Н. (Барнаул)** О перспективах развития клинической психиатрии .....117
- Романов Д.В. (Самара)** Клиническая картина психопатического паттерна и декомпенсаций при пограничном расстройстве личности.....119
- Садовничий К.С., Бакуменко К.И., Ягода С.А. (Ставрополь)** Клинико-психопатологические особенности течения шизоаффективного психоза.....121
- Смирнова Д.А. (Самара)** Проблема легких депрессий и переходных доболезненных состояний в амбулаторной практике (аспекты психолингвистической диагностики).....122
- Шереметьева И.И. (Барнаул), Санашева И.Д. (Горно-Алтайск)** Органические заболевания головного мозга – актуальная проблема современной психиатрии.....125

**Яковлева М.В., Колотилин Г.Ф., Логинов И.П. (Хабаровск)**  
Особенности патоморфоза шизофрении в условиях севера.....126

## **СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХИАТРИЯ**

- Биктагирова Д.Р., Иванова Т.В., Голенков А.В., Крылов Д.Н. (Чебоксары)** Образ ЭСТ в кинематографе.....128
- Голенков А.В., Крылов Д.Н., Цымбалова А.Б., Малышкина Ю.Н., Сподина Е.А. (Чебоксары)** Информированность психически больных об электросудорожной терапии.....130
- Голенков А.В., Сафронов С.А. (Чебоксары)** Представления населения Чувашии о психиатрии (внутритерриториальное сравнение).....132
- Дубицкая Е.А., Носачев Г.Н. (Самара)** Взгляд врачей-интернистов на психические расстройства (на примере депрессий)....134
- Мальцева Е.А., Злоказова М.В. (Киров)** Качество жизни пациентов-инвалидов молодого возраста, страдающих шизофренией.....136
- Мухамадиев Д.М., Чибисенкова Л.В. (Москва)** Анализ социально-психологических проблем населения пострадавшего в результате аварии на Саяно-Шушенской ГЭС.....138
- Никитина Е.В. (Чебоксары)** Клинико-социальные особенности больных эпилепсией.....140
- Санашева И.Д. (Горно-Алтайск)** Этнокультуральный аспект психической патологии в Республике Алтай.....141
- Сафронов С.А., Доморощинова М.Г. (Алатырь)** Мнение общества о психически больных, врачах психиатрах и психиатрических больницах.....143
- Хажуев И.С., Идрисов К.А. (Грозный)** Влияние этнокультурных и религиозных особенностей на копинг-механизмы у лиц, переживших психотравмирующие ситуации.....145

## **СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ И ПРОБЛЕМЫ ЭКСПЕРТИЗЫ**

- Адоньева А.Н. (Ставрополь)** Влияние личностного психотипа на особенности поведения женщин-преступниц.....147
- Адоньева А.Н. (Ставрополь)** Женская преступность как модель конституционально-психотипологической предрасположенности.....149



<b>Карцовник Ю.В. (Чебоксары)</b> Практика применения МКБ-10 в экспертизе профпригодности.....	151
<b>Карцовник Ю.В. (Чебоксары)</b> Опыт использования СПФИ в ЦПД МСЧ МВД по Чувашии.....	154
<b>Киселева Ж.В., Носачев И.Г. (Самара)</b> Агрессивность освидетельствуемых на состояние алкогольного опьянения.....	156
<b>Кучерявый Л.И., Никитин Л.Н. (Чебоксары)</b> Активное диспансерное наблюдение как средство профилактики правонарушений психически больными.....	158
<b>Макарова М.Н., Петрова Т.В., Ильминская Т.А. (Шихазаны)</b> Психологические тренинги в комплексной системе мер профилактики общественно опасных действий психически больных.....	160
<b>Меньшикова Г.И. (Чебоксары)</b> Клинико-социальный статус убийц на амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе.....	163
<b>Никитин Л.Н., Стрельникова М.Г. (Чебоксары)</b> О состоянии амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы.....	165
<b>Никитин Л.Н. (Чебоксары)</b> Профшизофрения в практике амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы.....	168
<b>Сергеев М.П. (Чебоксары)</b> Актуальные вопросы пенитенциарной медицины и психиатрии.....	170
<b>Сергеев М.П. (Чебоксары)</b> Случай тяжёлого депрессивного эпизода в судебно-психиатрической практике.....	174
<b>Сергеев М.П. (Чебоксары)</b> Формирование личности осужденного и её влияние на ресоциализацию заключённых.....	178
<b>Токарева Н.Г., Подсеваткин В.Г., Артюшкина Е.В. (Саранск)</b> Комплексные судебно-психиатрические экспертизы с участием психолога в Мордовии.....	182
<b>Цымбалова А.Б., Голенков А.В., Крылов Д.Н. (Чебоксары)</b> Случаи направления убийц на стационарную СПЭ.....	183
<b>Шереметкин Н.Д., Овечкина Л.А. (Чебоксары)</b> Анализ медицинского освидетельствования юношей за 2006-2008 годы....	185

## ПСИХИАТРИЯ И СМЕЖНЫЕ ОБЛАСТИ МЕДИЦИНЫ

<b>Алексеева Н.С., Салмина-Хвостова О.И. (Новокузнецк)</b> Нарушение пищевого поведения – фактор риска развития метаболического синдрома.....	187
---	-----

<b>Бухна А.Г., Приленский Б.Ю. (Тюмень)</b> Характеристика астеновегетативного синдрома у пациентов с хроническим вирусным гепатитом С.....	188
<b>Валеева А.М., Мухаметова Р.Н., Сенюшина Н.Н. (Казань)</b> Психические нарушения у ВИЧ-инфицированных больных и их коррекция.....	191
<b>Гартфельдер Д.В. (Чебоксары)</b> Специфика адаптационных ресурсов личности при сердечно-сосудистых заболеваниях.....	193
<b>Задорожная О.В., Дроздовский Ю.В. (Омск)</b> Проблема вирусных гепатитов при проведении психофармакотерапии.....	195
<b>Куклина А.М. (Набережные Челны)</b> Анализ смертности психически больных.....	197
<b>Носачев Г.Н., Максимова П.А. (Самара)</b> Клинико-динамические особенности психических расстройств у больных со склерозом магистральных сосудов шеи в процессе каротидной эндартерэктомии.....	198
<b>Порохненко Н.М., Злоказова М.В. (Киров)</b> Характерологические особенности пациентов, страдающих ревматоидным артритом.....	200
<b>Хорошавина О.В., Багаев В.И. (Киров)</b> Особенности психического здоровья родителей, воспитывающих ребенка-инвалида с умеренной умственной отсталостью.....	202
<b>Худяков А.В., Борзов А.Е. (Иваново)</b> Проблема компьютерной игровой зависимости глазами педагогов.....	204
<b>Цыганенко Е.В., Васильева Н.В. (Чебоксары)</b> Психоневрологические нарушения при болезни Вильсона–Коновалова.....	206

## МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

<b>Алехин А.Н., Андриюшевич О.В. (Санкт-Петербург)</b> Аспекты медико-психологической адаптации студентов к обучению в вузе..	209
<b>Башмакова О.В. (Ульяновск)</b> Динамика отношения врачей-психиатров к лицам с психическими расстройствами в процессе профессиональной деятельности.....	211
<b>Васильева И.Ю. (Чебоксары)</b> Социально-психологический профиль личности, страдающей «любовной зависимостью».....	213
<b>Вертячих Н.Н., Алехин А.Н. (Санкт-Петербург)</b> Адаптация человека в кризисных условиях.....	217

<b>Дербенев Д.П., Эхте К.А., Крячкова О.В. (Тверь)</b> Синдром психоэмоционального выгорания как профессиональная дезадаптация у врачей.....	219
<b>Кудрявцева С.В., Яровинская А.В. (Санкт-Петербург)</b> Особенности личности молодых людей, страдающих заиканием.....	220
<b>Лисова А.В., Лисов В.И., Лисов С.И. (Чебоксары)</b> О синдроме сгорания, безопасности в психиатрии, психотерапии и наркологии.....	222
<b>Николаев Е.Л. (Чебоксары)</b> Временная перспектива как фактор психологического состояния современного российского общества.....	225
<b>Русина Н.А. (Ярославль)</b> Из опыта психологической диагностики пациента с нейродермитом.....	227
<b>Русина Н.А., Говоровская К.С., Ключихин А.Л. (Ярославль)</b> Исследование психологического статуса больных раком гортани.....	230
<b>Семенихин Д.Г. (Казань)</b> Биопсихосоциальные компоненты внутренней картины параноидной шизофрении.....	232
<b>Урываев В.А., Руденко Н.В. (Ставрополь)</b> Социально-психологические методы исследования личности в работе медицинского психолога.....	234
<b>Чепурной М.А. (Чебоксары)</b> Врачебная этика: взаимоотношения врача и его коллег.....	236

## ПСИХОТЕРАПИЯ И СУИЦИДОЛОГИЯ

<b>Абитов И.Р. (Казань)</b> Копинг-поведение больных невротизми....	238
<b>Баранов В.С., Романов Д.В. (Самара)</b> Значение профессиональных объединений в развитии медицинской психотерапии.....	240
<b>Басов М.О. (Чебоксары)</b> Медико-социальные факторы риска и их роль в формировании и развитии невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств в семьях, не имеющих детей.....	242
<b>Боев О.И., Мексичева Л.Н. (Ставрополь)</b> Интегративная психотерапия военнослужащих, участников боевых действий....	244
<b>Борохов А., Резников Е. (Израиль)</b> Выбор способа самоубийства и корреляция с психопатологическими синдромами.....	245

<b>Гелда А.П., Гелда Т.С., Игумнов С.А., Давидовский С.В., Мигаль Т.Ф. (Минск)</b> Суицидальное поведение лиц подростково-молодежной когорты в г. Минске.....	248
<b>Динкель О.Л., Литвинцева Л.Ф., Любичева Н.И. (Новокузнецк)</b> Символдрама в лечении детей с аффективными нарушениями.....	249
<b>Козлова Э.В. (Чебоксары)</b> Этнокультуральный аспект самоубийств среди сельских жителей Чувашской Республики.....	251
<b>Петрова И.Е. (Чебоксары)</b> Песочная терапия как метод коррекции тревожности у детей дошкольного возраста.....	252
<b>Раева Т.В., Ишутина Н.П., Юдина Н.В. (Тюмень)</b> Особенности когнитивной психотерапии больных артериальной гипертензией.....	254
<b>Сергеев М.П. (Чебоксары)</b> Клинико-психологическая характеристика и качество жизни лиц, обращающихся к психотерапевту по поводу любовной зависимости.....	256
<b>Шадрина И.В., Дедова К.Н. (Челябинск)</b> Новая тактика лечения посттравматических стрессовых расстройств (на опыте работы с участниками современных военных конфликтов).....	259

## СТУДЕНЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ

<b>Андреева А.П. (Чебоксары)</b> Особенности потребления алкоголя студентами стоматологического факультета.....	261
<b>Басов М.О. (Чебоксары)</b> Структура распространенности и первичной заболеваемости невротическими расстройствами среди студентов г. Казани.....	263
<b>Великанова Л.П. (Астрахань)</b> Личностно-психологические факторы риска вегето-сосудистой дистонии в юношеском возрасте.....	265
<b>Великанова Л.П. (Астрахань)</b> Распространенность и динамика психогенных расстройств в юношеском возрасте.....	267
<b>Голенков А.В. (Чебоксары)</b> Осведомленность студентов-медиков об электросудорожной терапии.....	269
<b>Голенков А.В. (Чебоксары)</b> Умозрения студентов-медиков о причинах психических расстройств и их лечении.....	271
<b>Голенков А.В. (Чебоксары)</b> Описание ЭСТ в отечественных учебниках по психиатрии для студентов медицинских вузов.....	273

<b>Салмина-Хвостова О.И. (Новокузнецк)</b> Превенция нарушений пищевого поведения студентов.....	275
<b>Ювкин М.Ю., Дулепова Д.Н., Булыгина И.Е. (Чебоксары)</b> Потребление психоактивных веществ в молодежных субкультурах..	277

## РЕАБИЛИТАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

<b>Васильева Н.В., Гусева Т.С., Усатова Е.Б. (Чебоксары)</b> Комплексная работа в реабилитации постинсультных больных....	278
<b>Жигарева Н.П. (Москва)</b> Реабилитационное пространство интерната как интегративная структура.....	283
<b>Жигарева Н.П. (Москва)</b> Предпосылки к созданию модели реабилитационного пространства для инвалидов в психоневрологическом интернате.....	285
<b>Карпов А.М., Шмакова М.А. (Казань)</b> Понятия духовности в биопсихосоциальной модели лечения психически больных.....	287
<b>Лизаков Н.К. (Чебоксары)</b> Трудовая терапия как одна из форм социальной реабилитации лиц с психическими расстройствами..	288
<b>Макарова М.Н., Петрова Т.В. (Шихазаны)</b> Опыт работы полипрофессиональной бригады по реабилитации лиц с психическими расстройствами.....	290
<b>Мишин А.В., Жигарева Н.П., Закотенко Ю.С. (Москва)</b> Инновационные технологии в медикаментозной реабилитации инвалидов.....	293
<b>Никитин Л.Н., Волошина Е.В. (Чебоксары)</b> Реабилитационный клуб «Шаг к себе».....	294
<b>Петрова Т.В., Макарова М.Н., Ильминская Т.А. (Шихазаны)</b> Практика психосоциальной терапии и реабилитации в условиях психиатрического стационара.....	296
<b>Чигинева И.М., Шигабова О.Г. (Чебоксары)</b> Реабилитация психически больных в условиях психоневрологического интерната.....	299
<b>Чиржа А.В., Матвеева Е.В., Решнова Н.А., Руссов А.В. (Чебоксары)</b> Опыт проведения мониторинга удовлетворенности оказания психиатрической помощи потребителей медицинской помощи .....	302

## ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

- Аведисова А.С. (Москва)** Терапия, определяемая инициальным респонсом, – новая стратегия терапии депрессии.....304
- Алексеева Н.С., Салмина-Хвостова О.И. (Новокузнецк)** Приверженность к лечению у пациентов с избыточной массой тела и ожирением при расстройствах пищевого поведения.....307
- Бабякин А.Ф., Каракова С.Н., Боев И.В. (Пятигорск)**  
Влияние общей магнитотерапии у больных на когнитивные функции.....309
- Иванов В.Н., Голенков А.В. (Чебоксары)** Десятилетний опыт использования ЭСТ в лечении психических расстройств.....310
- Колесниченко Т.Н., Шадрина И.В. (Челябинск)** О психиатрической помощи больным нервной анорексией.....312
- Лекомцев В.Т. (Ижевск)** Финлепсин-ретард в терапии межпа-роксизмальных психических нарушений у больных травматиче-ской эпилепсией.....315
- Пудиков И.В. (Самара)** Медико-экономические перспективы фототерапии пациентов с сезонными депрессиями.....317
- Ястребов Д.В., Дашкина Г.К. (Москва)** Заместительная тера-пия антидепрессантами больных с пограничными психическими расстройствами, длительно принимающих бензодиазепиновые транквилизаторы.....319

## ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ, ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

- Александров Д.Ю., Булыгина И.Е. (Чебоксары)** Системы ценностей больных наркоманией.....321
- Баранов А.В., Абашина В.В., Ерошина О.С. (Тамбов)** Алкогольная зависимость как фактор риска совершения общественно-опасных деяний лицами с тяжелыми психическими рас-стройствами.....323
- Булыгина И.Е., Голенков А.В. (Чебоксары)** Наркологическая грамотность врачей общей практики.....325
- Волкова С.В. (Новосибирск)** Особенности психологических защит у взрослых детей больных алкоголизмом родителей...327
- Голенков А.В., Булыгина И.Е., Андреева А.П. (Чебоксары)** Способы облегчения утреннего состояния после опьянения у студентов.....329

<b>Гришина Е.И., Великанова Л.П., Панова Т.Н. (Астрахань)</b> Патология сердечнососудистой системы при трансформации наркоманий.....	331
<b>Иванов А.С., Липатников С.А. (Ижевск)</b> Случаи острой интоксикации арома-смесями.....	332
<b>Ильина Т.М., Булыгина И.Е., Федорова С.Д. (Чебоксары)</b> Анализ наркотической ситуации в Чувашской Республике....	334
<b>Колотилин Г.Ф., Логинов И.П. (Хабаровск)</b> О рецидивирующих гашишных психозах.....	337
<b>Минуллина А.Ф. (Казань)</b> Исследование склонности к зависимому поведению у родителей наркозависимых.....	339
<b>Новиков С.А. (Рязань)</b> Коморбидность личностных расстройств и алкогольной зависимости.....	340
<b>Руднев М.В., Заика В.Г. (Ростов-на-Дону)</b> Личностные и возрастные особенности лиц склонных к злоупотреблению пива..	342
<b>Тетенова Е.Ю., Надеждин А.В., Колгашкин А.Ю. (Москва)</b> Новый в отечественной практике инструмент для выявления латентных тенденций в употреблении наркотиков.....	344
<b>Федорова С.Д., Булыгина И.Е., Чепурной М.А. (Чебоксары)</b> Мониторинг ситуации, связанной с потреблением алкоголя в Чувашской Республике.....	346
<b>Яковлева С.И., Индейкина А.Н., Булыгина И.Е. (Чебоксары)</b> Самооценка своего «Я» у женщин, зависимых от алкоголя.....	349

## **ТЕРАПИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ЗАВИСИМОСТЕЙ**

<b>Булыгина И.Е., Дорофеева Л.Г., Емельянова Н.Н. (Чебоксары)</b> Раннее выявление потребителей психоактивных веществ – основной фактор эффективной профилактики.....	351
<b>Иванченко В.В., Боев И.В. (Ставрополь)</b> Антропоцентрический подход к комплексной терапии лиц с нехимическими зависимостями.....	354
<b>Колгашкин А.Ю., Надеждин А.В. (Москва)</b> Социальная антинаркотическая реклама.....	356
<b>Кравцова Т.В., Великанова Л.П. (Астрахань)</b> Особенности саморегуляции у женщин с алкогольной аддикцией.....	358
<b>Михайлова В.Ю. (Новочебоксарск)</b> О работе Школы здоровья «Отказ от вредных привычек – путь к активному долголетию» за 2006-2009 годы.....	360

<b>Надеждин А.В., Тетенова Е.Ю., Колгашкин А.Ю., Кучеров Ю.Н., Трушин А.В. (Москва)</b> Интернет-конференции – новый инструмент антинаркотической профилактики.....	362
<b>Надина Н.Б. (Батырево)</b> Опыт работы районного врача нарколога.....	364
<b>Новикова В.В., Егорова Л.М. (Шумерля)</b> Информированность подростков г. Шумерля о проблемах наркомании.....	366
<b>Новикова В.В., Егорова Л.М., Бусарева О.А., Егорова В.В. (Шумерля, Чебоксары)</b> Данные социологического опроса «Курение и мы».....	368
<b>Тетенова Е.Ю., Надеждин А.В., Колгашкин А.Ю., Чумичева В.Б., Федоров М.В. (Москва)</b> Результаты Интернет-опроса среди пользователей консультационного центра <a href="http://www.narkonet.ru">www.narkonet.ru</a> .....	369
<b>Трофимова И.Н., Полтева Т.В. (Чебоксары)</b> Профилактика агрессивных действий у наркологических больных.....	371
<b>Худяков А.В., Урсу А.В., Курченков Ю.А. (Иваново)</b> Компьютерные игры: позиция родителей.....	373
<b>Яковлева Н.В. (Рязань)</b> Современные социально психологические подходы к формированию отказа от курения.....	375



## СТЕНДОВЫЕ ДОКЛАДЫ

**Абрамова Н.М. (Чебоксары)** Особенности оказания психотерапевтической помощи лицам, совершившим суицидальные поступки

**Алексеева А.В. (Чебоксары)** Применение тренинга «уверенности в себе» в практике психотерапевта

**Алентьева И.А., Николаева И.В. (Чебоксары)** Опыт использования атипичных нейролептиков В терапии пограничных расстройств в условиях дневного стационара

**Григорьева С.Р. (Чебоксары)** Проблемы юности глазами психотерапевта

**Капитонов В.В. (Чебоксары)** Отношение родителей подростков, зависимых от психоактивных веществ, к лечению в наркологическом стационаре

**Лисов С.И. (Чебоксары)** О роли движения диафрагмы в психогенезе некоторых неврозов и лечебном действии брюшного дыхания

**Петрушова Л.В. (Чебоксары)** Лечение обсессивно-компульсивных расстройств в практике врача-психотерапевта

**Семенова С., Мустафина А., Доброва Н. (Чебоксары)** Психологические особенности детей из социального неблагополучных семей

**Смирнова Е.Ю. (Чебоксары)** О работе школы психотерапевтической реабилитации

**Щербакова Е.А. (Чебоксары)** Музыкалотерапия в комплексном лечении в ОАО «Санаторий» Чувашия»

**Щербакова Е.А. (Чебоксары)** Психотерапия в комплексном санаторно-курортном лечении

**Яремич Л.Е. (Салехард)** Роль психологического консультирования в формировании типа отношения к болезни пациентов с ВИЧ-инфекцией

# ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХИАТРИИ

## АНАЛИЗ БЕЗРЕЗУЛЬТАТИВНЫХ ВЫЗОВОВ СКОРОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

В.В. Алексеев, Л.Н. Никитин

Городская станция скорой помощи,  
Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары

Главной задачей бригады скорой психиатрической помощи (БСПП) является оказание экстренной психиатрической помощи больным с остро возникающими или обострившимися психическими расстройствами (промедление в оказании медицинской помощи может привести к опасным последствиям как для окружающих, так и для самого больного), а также консультативной помощи в лечебно-профилактических учреждениях города. Качество, своевременность обслуживания вызовов зависят от многих факторов единой цепи организации медицинской помощи.

Нами проанализированы безрезультативные вызовы БСПП в г. Чебоксары за последние два года (2008-2009 годы), так как по положению карты обслуживания вызовов хранятся только два года.

За 2006-2008 г. БСПП обслужено 6093 вызова, из них 734 (12%) закончились безрезультатно в силу ряда причин. При анализе причин установлено, что в 33,8% случаев (248) больных не оказалось на месте вызова, в 26,7% (196) вызов снят во время нахождения бригады в пути, в 15,8% случаев (116) бригаде не открыли двери, в 4,9% случаев (по 36) не отвечали на квартирные звонки и отбой до вызова, в 4,4% случаев (32) больные находились в медикаментозном сне, в 3,8% (28) – в физиологическом сне. При прибытии бригады на место выяснялось, что БСПП вообще не вызывали в 3,8% (28), ложный вызов в 1% (8), не найден адрес в 0,8% случаев (6).

При анализе источников безрезультативных вызовов установлено, что вызовы поступали из разных источников. Чаще всего бригаду вызывали родственники и близкие из квартир, в которых больные проживали – в 72% случаев (527), на втором

месте – вызовы из милиции, общественных мест, с улицы – в 17% (125), вызовы из лечебно-профилактических учреждений – в 11% случаев (82).

Наиболее частым поводом для вызова БСПП явилось обострение психического расстройства – в 62,7% (460) и неадекватное поведение – в 9% случаев (67). По поводу консультации и транспортировки было 28,3% безрезультативных вызова. К мужчинам вызывали в 63,8% (468), женщинам – 36,2% случаев (266).

Вызовы чаще всего поступали с 8 до 20 часов – в 81% (594), с 20 до 8 утра – в 19% случаев (140).

Наибольшее количество безрезультативных вызовов поступало по понедельникам – 17% (126). В остальные дни недели количество вызовов постепенно снижалось: по вторникам – 16,3% (120), средам – 15,8 (116), четвергам – 16,3 (120), пятницам – 15,5 (114), субботам – 10 (114), воскресеньям – 8,4% (62).

Анализ показывает, что наиболее частой причиной безрезультативных выездов бригады по адресам является неудовлетворительная работа оперативного отдела городской станции «Скорой медицинской помощи». Ввиду значительной особенности и специфики работы бригады неопытным диспетчерам станции не всегда удается соблюдать алгоритм по приему вызовов БСПП, изложенный в методических указаниях по организации скорой психиатрической помощи в Чувашской Республике.

Особенно плохо передаются диспетчерами вызовы по рации. Работники бригады не всегда получают информацию о том, что больной противится госпитализации, что физически сильный, вооружается, убегает, что в квартире собака, что двери железные и т.д. Нередки случаи, когда после телефонного вызова бригады родственниками больные успевают убежать или закрываются в квартире. Аналогичная ситуация при вызовах бригады в милицию, общественные места, на улицы и в лечебно-профилактические учреждения. Необходимо учитывать, что сокращение количества безрезультативных вызовов, а это каждый десятый вызов, намного ускорит своевременное оказание скорой психиатрической помощи и улучшит работу бригады.

## ПРЕДИКТОРЫ ПОВТОРНЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

Ф.М. Волгина

Казанская государственная медицинская академия,  
Республиканская клиническая психиатрическая больница  
им. акад. В.М. Бехтерева

Мы попытались определить клинико-эпидемиологические закономерности формирования структуры повторных госпитализаций в Республиканскую клиническую психиатрическую больницу (РКПБ) им. В.М. Бехтерева. Целью данного исследования явились ретроспективное изучение и сравнение частоты повторных госпитализаций у пациентов с различными психическими расстройствами, выявление факторов, являющихся предикторами риска регоспитализаций, улучшение качества медицинской помощи, оказываемой данной категории больных. Были изучены демографические, клинико-эпидемиологические и социальные характеристики пациентов, поступивших на лечение в РКПБ им. акад. В.М. Бехтерева в 2008 г.

Объектом исследования послужили 5140 историй болезни пациентов, лечившихся в РКПБ им. акад. В.М. Бехтерева в 2008 г. В 2008 г. повторно в жизни поступило 5140 чел. Пациенты были разделены на две группы. В первую группу были включены лица, поступившие в психиатрическую больницу повторно, но однократно в течение 2008 г., которых оказалось 4245 чел. (77,2%). Вторую группу составили пациенты, поступавшие в РКПБ в течение 2008 г. два и более раза – 1251 чел. (22,8%).

Рост числа повторных поступлений обусловлен целым рядом различных факторов.

Сравнительный клинико-эпидемиологический анализ социально-демографических характеристик больных с повторными госпитализациями в данном году позволил выявить их особенности.

Анализ биологических факторов риска повторных госпитализаций показал, что все рассмотренные биологические факторы (пол, возраст, преморбидные особенности личности) имеют значение. При этом пол не имеет прямого влияния на вероят-

ность повторных госпитализаций, но его значение приходится учитывать, поскольку он модифицирует роль других факторов.

Несмотря на то, что контингент больных с повторными госпитализациями в 2008 г. невелик и составляет 11,3%, проблема повторных госпитализаций представляет значительный интерес для клинической и социальной психиатрии. Лечение данной категории больных требует значительных экономических затрат.

Причиной повторных госпитализаций часто бывает отсутствие четкого выполнения предписаний врача, критики к болезни и поддержки ближайшего окружения. Нередко госпитализации приобретают социальный характер и бывают связаны с бедственным материальным положением больных, их одиночеством, отсутствием понимания в семье. Для снижения риска повторных госпитализаций необходима оптимизация психофармакотерапии, дифференцированная разработка активных форм психосоциальной помощи с учетом клинико-эпидемиологических и социально-демографических особенностей.

Результаты данного исследования позволяют разработать практические мероприятия по усовершенствованию стационарной помощи больным с психическими расстройствами в новых социально-экономических условиях.

## ПРОБЛЕМА РЕГОСПИТАЛИЗАЦИЙ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

Ф.М. Волгина

Республиканская клиническая психиатрическая больница  
им. акад. В.М. Бехтерева, Казань

Децентрализация и рост многообразия форм оказания психиатрической помощи, смещение акцента на развитие амбулаторного звена, сокращение коечного фонда и превращение психиатрических больниц из «закрытых госпиталей» в центры восстановительного лечения и психосоциальной реабилитации свойственны как для российской, так и западной медицины. Но по-прежнему в большинстве регионов преобладающей формой оказания психиатрической помощи является стационарная, и проблема регоспитализации и рецидивов остается актуальной.

Анализ повторности госпитализаций психически больных установил достаточно высокий её уровень как в Республике Татарстан (РТ), так и в Российской Федерации (РФ): примерно каждый пятый больной в РФ и каждый четвертый – в РТ.

**Цель исследования:** выявить клинико-эпидемиологические закономерности формирования повторных госпитализаций в РКПБ им. акад. В.М. Бехтерева с учетом биологических, клинических и социальных факторов.

Исследовано 1252 истории болезни пациентов с повторными (две и более) госпитализациями в течение 2008 г. Для статистической обработки данных использовали критерий Стьюдента.

Повторно в течение 2008 г. поступило 1252 чел. (мужчин – 634, или 50,6%; женщин – 618, или 49,4%). Самыми многочисленными возрастными группами больных были следующие: в возрасте 40-49 лет – 22,9%; 50-59 – 22,7; 30-39 – 18,7% (средний возраст пациентов – 43,3 года).

Наиболее часто повторно госпитализировались больные с шизофренией – 615 чел. (49,1%;  $p < 0,05$ ), из них мужчин – 331 (26,4%), женщин – 284 (22,6%); органическими расстройствами – 331 (26,5%;  $p < 0,05$ ), мужчин – 166 (13,2%), женщин – 165 (13,2%); с умственной отсталостью – 63 пациента (5,1%;  $p < 0,01$ ).

Промежутки между повторными госпитализациями в течение года у больных с шизофренией составили: 1 месяц – 165 чел. (13,1%;  $p < 0,01$ ); 2 – 128 (10,2%;  $p < 0,01$ ), 3 – 109 (8,7%;  $p < 0,01$ ). У больных с органическими расстройствами соответственно 75 чел. (5,99%;  $p < 0,05$ ), 60 (4,7%;  $p < 0,05$ ), 36 (2,8%;  $p < 0,05$ ). Выявленные тенденции свидетельствуют о том, что в зависимости от увеличения срока ремиссии вероятность обострений уменьшается. Эти тенденции прослеживаются у пациентов с шизофренией и органическими расстройствами.

Исходя из причин повторных госпитализаций, необходимо выстроить систему психосоциального лечения, включающую: внедрение полипрофессионального бригадного обслуживания, тренинги навыков самостоятельного проживания, психообразование, психотерапию и арт-терапию, систему организации досуга, трудотерапию, использование психотропных средств по-

следних поколений, социально-восстановительную работу. При проведении таких мероприятий особое внимание следует обращать на неудовлетворительный показатель занятости психически больных с относительно сохранной трудоспособностью. Социальные и организационные мероприятия способны уменьшить частоту госпитализаций в течение года среди определенных категорий больных.

## НЕОТЛОЖНАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ: ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

В.Г. Заика, П.Б. Крысенко, С.В. Ковалева  
Ростовский медицинский университет,  
Ростовский филиал психоневрологического диспансера  
Ростовской области

Реформа в здравоохранении несомненно затронет и систему скорой психиатрической помощи. Актуальность этих изменений связана не только с устаревшими организационными подходами, но и с изменившимися правовыми нормами, повышением уровня социальной защищенности пациентов, возможностями внебольничной помощи.

Чаще всего причиной вызова психиатрической бригады являются следующие психические расстройства: депрессивные или маниакальные состояния, делирий, деменция с нарушением поведения, угрожающим жизни окружающих людей, амнезия, расстройства адаптации (неадекватное поведение психически больного в ответ на ситуацию стресса или соматическое заболевание), расстройства личности, тревожные расстройства. Особую сложность представляет вызов психиатрической бригады по поводу попытки самоубийства человека.

До приезда бригады скорой психиатрической помощи к пациенту проходит достаточно много времени, поскольку таких специализированных бригад не хватает. Приехавший психиатр часто сталкивается с негативным отношением со стороны как пациента, так и его родственников, недовольных длительным ожиданием. Врач бригады скорой помощи должен избегать конфронтации с пациентом и его родственниками, смещать фокус

беседы к процессу создания взаимоотношений, уметь терпеливо выслушать порой нелепые объяснения поведения больного. От врача – психиатра требуется высокий профессионализм, большой опыт и чуткое отношение. К сожалению, в виду того, что большинство психиатров, работающих на скорой психиатрической помощи, не имеют навыков психотерапевта, они не в состоянии успокоить больного иными способами, кроме введения психотропных средств или применения насильственных мер.

Опыт скорой психиатрической помощи показывает, что психиатрическая бригада вызывается в 17,1% случаев по поводу выраженной депрессии, в 23,1% – алкоголизма, в 13,3% – различных фобий, в 7,5% – наркомании, в 5,1% – тревожного расстройства, 3,5% – панического расстройства. Следует иметь в виду, что в 40% случаев при паническом расстройстве отмечаются интенсивные боли в груди, похожие на боли при приступе стенокардии, повышение артериального давления. Последнее обстоятельство предполагает, что врач-психиатр должен хорошо ориентироваться в неотложных терапевтических состояниях, знать кардиологию и отличать приступ стенокардии от панической атаки даже без данных ЭКГ.

Пожилые люди и больные с галлюцинациями и бредом составляют большой процент среди людей, к которым вызывают скорую психиатрическую помощь. Беседы с такими больными особенно сложны, поскольку информация, которую они предоставляют, может быть искажена в связи с нарушенным сознанием, когнитивными нарушениями, а также вследствие диссимуляции больными своего состояния, соответственно, необходим дополнительный сбор анамнеза для врача скорой психиатрической помощи. Но родственники больного, как правило, растеряны, боятся, считая, что психически больной этого вызова никогда в жизни им не простит. Психиатр должен быстро принимать точные решения, быть способен помочь пациенту справиться с ситуацией неопределенности. Его репертуар должен включать в себя навыки работы с реакциями горя, с членами семьи и близкими, он должен быть в курсе предполагаемого развития событий.

В настоящее время система оказания психиатрической помощи нуждается в существенной модернизации, врачи – психиатры должны освоить методы неотложной психотерапии, знать



современные психофармакологические средства, чтобы ориентироваться не только в показаниях к их применению, но и в противопоказаниях и побочных эффектах. К сожалению, врачи недостаточно знают о взаимодействии психотропных препаратов и средств, применяемых при неотложной помощи, что вызывает затруднения при оказании специализированной помощи. Кроме того, требуется более тщательно отбирать персонал для работы в бригадах скорой психиатрической помощи, учитывать не только уровень специальных знаний, но и психологические особенности лиц, которые получают право решать сложные не только медицинские, но и морально-этические задачи.

## ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПСИХИАТРОВ И ВРАЧЕЙ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ СЕТИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Е.В. Калинина

Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары

Отношение психиатров и интернистов к пациентам с психическими расстройствами (ПР) является одной из актуальных задач современной психиатрии (Краснов В.Н., 2007; Александровский Ю.А., 2007; Казаковцев Б.А., 2009).

**Материалы и методы.** Использовались результаты анализа амбулаторных карт 1250 пациентов, обратившихся в психоневрологический диспансер в связи с впервые возникшими ПР. Возраст обратившихся – от 1,5 до 95 лет. Дети до 18 лет – 36,9, взрослые – 63,1%. Мужчины – 61,9, женщины – 38,1%.

Лица со средним образованием составили 31,3%, с неполным средним – 18,7, дошкольники – 17, ученики образовательных школ – 16,3, лица с высшим и среднетехническим образованием – 9,5 и 6,3%, неграмотные и необучаемые лица обращались в единичных случаях – 0,2 и 0,6% соответственно. Математико-статистическая обработка велась с помощью описательной статистики и однофакторного дисперсионного анализа.

**Результаты и обсуждение.** Согласно исследованию, 56,6% (707 пациентов) до первой встречи с психиатром обращались в

общесоматическую сеть по поводу изменений в психической сфере. Высокий уровень обращений в общесоматическую сеть пациентов с ПР, ранее не наблюдавшихся у психиатров, предъясняет высокие требования к знаниям интернистов в области психиатрии, особенно в сфере пограничных ПР.

Наиболее часто в общесоматическую сеть обращались пациенты с органическими ПР (71,1%), расстройствами настроения (88,9%) и невротическими расстройствами (79,9%). Регистрировался высокий уровень обращений в общесоматическую поликлинику детей и подростков с нарушениями психологического (психического) развития (64,2%) и с эмоциональными и поведенческими расстройствами (41,8%).

Одним из показателей информированности интернистов в области ПР являлась частота направлений к психиатру пациентов, обратившихся в общесоматическую сеть с жалобами на здоровье, которые впоследствии привели его к психиатру. Согласно проведенному исследованию, частота направления к психиатру данной группы пациентов была достаточно высокой и составила 49,6%. В то же время следует отметить, что к психиатру преимущественно направлялись пациенты с тяжелой психической патологией (деменции, органические заболевания головного мозга с психотической симптоматикой, тяжелые и затянувшиеся депрессии, психозы в рамках эндогенных заболеваний). Врачами-интернистами практически не направлялись к психиатру пациенты с депрессией легкой степени выраженности, с невротическими расстройствами, дети с нарушениями эмоций и поведения.

Следует отметить достаточно длительный период лечения в общесоматической сети до первой встречи с психиатром. В течение года от момента обращения в общесоматическую сеть были направлены 20,8% пациентов с депрессиями, 23,3% – с невротическими расстройствами, 38,5% – с органическими ПР. Все получали лечение у невролога, консультировались различными узкими специалистами, подвергались инструментальному исследованию. Таким образом, пациенты, обратившиеся в общесоматическую сеть с жалобами на изменение со стороны психической сферы, чаще всего направлялись к психиатру после длительного и безуспешного лечения.

Направление к психиатру со значительным опозданием хорошо видно на примере пациентов пожилого возраста. Известно, что больные с начальными проявлениями старческого слабоумия, как правило, не попадают в поле зрения психиатра, несмотря на то, что достаточно часто обращаются в поликлиники с жалобами на утомляемость и плохую память. При этом врачи общей практики, неврологи достаточно часто «списывают» жалобы пациентов на плохую память на счет естественного старения организма.

Данная ситуация приводит к тому, что данные специалисты не отслеживают процесс нарастающего слабоумия, и, несмотря на наблюдение и лечение у них этой группы пациентов, крайне поздно направляют их на консультацию к психиатру. Данные выводы подтверждаются нашими исследованиями, которые показывают, что среди 181 пациента с деменцией, обратившихся к психиатру, 84% (152 пациента) ранее получали лечение в общесоматической сети по поводу нарушения памяти. При этом у 45,6% (79) отсутствовали навыки самообслуживания. Из 40 направленных к психиатру на трудовую экспертизу 72,5% (29) при освидетельствовании на психиатрической МСЭК получили 1 группу инвалидности.

Таким образом, можно констатировать недостаточный уровень распознавания ПР в общесоматической сети на ранних этапах течения заболеваний и низкий уровень совместной курации пациента психиатром и интернистом на начальных этапах проявления когнитивных нарушений.

Одной из причин позднего направления к психиатру служит игнорирование жалоб, не имеющих отношение к данному специалисту. Врачами-интернистами зачастую не берутся во внимание нелепость, вычурность жалоб соматического характера, назначаются бесконечные консультации различных специалистов, проводятся дополнительные инструментальные исследования. В итоге необходимость направления к психиатру возникает без адекватной оценки психического состояния пациента как еще один вариант консультации «непонятного» пациента.

В то же время было бы несправедливо утверждать, что врачи-интернисты не владеют диагностикой ПР. В ряде соматических амбулаторных карт выставлялся психиатрический диагноз.

Но основная их часть подразумевала простую синдромальную квалификацию и не предполагала попыток синдромального определения природы отмеченных нарушений. Наиболее часто звучал диагноз «нейроциркуляторная (вегетососудистая) дистония», «когнитивные нарушения». Крайне редко встречались так называемые «чистые» диагнозы, такие как депрессия, неврастения, реакция на стресс.

Запаздывание с направлением к психиатру связано и с отсутствием у врачей-интернистов четкого алгоритма взаимодействия с психиатрической службой. Особенно это актуально в отношении пациентов с пограничными ПР и когнитивными нарушениями у детей и взрослых.

Таким образом, разработка концепции взаимодействия специализированных учреждений с учреждениями первичной медико-санитарной помощи является одной из основных задач современного этапа развития психиатрической службы. Установление реальных механизмов взаимодействия специализированных учреждений с учреждениями первичной медико-санитарной помощи не только будет способствовать ранней диагностике ПР, но и влиять на их исход.

## О ХОДЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОГРАММНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПОДПРОГРАММЫ «ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА» ЗА 2008-2009 ГОДЫ

А.Б. Козлов

Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары

Здоровье населения, в том числе и психическое, является одним из наиболее важных показателей благополучия государства. О том, насколько серьезную проблему представляет собой состояние психического здоровья населения, свидетельствуют показатели распространенности психических расстройств (ПР) и ряд их социальных, экономических, юридических, психологических и других последствий.

Подпрограмма «Психические расстройства» (далее – подпрограмма) разработана во исполнение постановления Правительства Российской Федерации от 10 мая 2007 г. №280 «О фе-

деральной целевой программе «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2008-2011 годы)» и является продолжением республиканских целевых программ «Совершенствование психиатрической помощи населению Чувашской Республики на 2003-2005 годы», «Совершенствование психиатрической помощи населению Чувашской Республики на 2006-2008 годы».

Основная цель подпрограммы – дальнейшее развитие комплексной системы профилактики, диагностики, лечения ПР и реабилитации психически больных.

Основными задачами были определены: совершенствование методов профилактики ПР, разработка и реализация обучающих программ для населения по вопросам охраны психического здоровья и профилактики суицидов; совершенствование методов диагностики и лечения ПР; внедрение современных методов психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации, в том числе бригадных форм оказания психиатрической помощи; укрепление материально-технической базы и оснащение современным оборудованием медицинских учреждений, оказывающих психиатрическую помощь. Были указаны также основные индикаторы выполнения программы.

Реализация программных мероприятий подпрограммы за 2008-2009 гг. позволила и далее решать вопросы улучшения психиатрической и медико-психологической помощи населению республики, повысить качество лечения и уровень жизни психически больных, снизить экономические потери, связанные с временной и стойкой утратой трудоспособности данной категории граждан и улучшить основные показатели, характеризующие психическое здоровье населения ЧР, такие как заболеваемость и болезненность, первичный выход на инвалидность, общая инвалидность, показатель суицидов.

Особое внимание в подпрограмме уделено внедрению в лечебный процесс методов психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации, что отвечает современным требованиям организации психиатрической помощи. В РПБ бригадные формы помощи внедрены с 2001 г. Выделены ставки специалистов по социальной работе – 6,0, социального работника – 1,0, медсестры (для социальной помощи психически больным) – 1,0,

медицинских психологов – 16, юристконсультов – 3, медсестер милосердия – 2,0, музыкального руководителя – 1, художественного руководителя – 1 и др. Специалисты по социальной работе, медицинские психологи и юристконсульты имеются и в других психиатрических учреждениях республики. Для координации данного вида работы в РПБ в 2008 г. организовано реабилитационное отделение, введена должность заместителя главного врача по реабилитации. Бригадные методы используются на тренинговых занятиях для пациентов: «Эффективность общения», «Стресс», «Социальные навыки» и т.д. Содержание тренингов и виды постоянно обновляются. Третий год для реабилитации амбулаторных больных работает клуб «Путь к себе», в котором больные занимаются музыкой, живописью, лепкой, общаются. В РПБ и ГУЗ «ШМПБ» выпускаются больничные газеты, в которых отражаются основные моменты жизни учреждений, правовые вопросы по охране здоровья граждан. Разработан и утвержден «Журнал учета пациентов, которым оказывалась бригадная форма психосоциальной помощи». Опыт работы показывает, что бригадный метод ведения психически больных позволяет уделять внимание не только клиническим, но и психологическим и социальным факторам, личностным и социальным особенностям пациента, позволяет повысить качество лечебно-диагностического процесса, и, в конечном итоге, качество жизни пациентов.

Во всех стационарных отделениях психиатрических ЛПУ поэтапно внедряется сестринский процесс. Внедрена методология «Сестринский процесс» в детском, клиническом, первом мужском отделениях РПБ, отделениях сестринского ухода РПБ и ШМПБ. Разработано 23 сестринских стандарта практической деятельности медицинской сестры. На всех поступающих больных медицинские сестры оформляют сестринские карты стационарного больного с ПР. Ведется сестринская динамическая оценка состояния пациентов. Данный вид оказания помощи относится к бригадным формам оказания психиатрической помощи и является новой формой работы среднего медперсонала с больными.

Для решения вопросов качества лечебно-диагностического процесса осуществляется постоянная подготовка кадров. За 2003-2009 гг. проведено 17 циклов обучения специалистов, из

них сертификационных циклов по психиатрии – 5, по наркологии – 4, психотерапии – 1, по медицинской психологии – 1, судебной психиатрии – 1. Проведена профессиональная переподготовка по наркологии – 3 цикла, по психотерапии – 3. 3 чел. прошли клиническую ординатуру по психиатрии, 37 – прошли интернатуру по психиатрии. Всего обучено 359 чел., из них городские – 81,3%, сельские – 18,7%. Обучение в ГОУ «Чебоксарский медицинский колледж» прошли 136 чел., все они получили сертификат специалиста.

Службой постоянно проводится мониторинг распространенности и выявляемости ПР в ЧР. Общая заболеваемость ПР населения ЧР за 2008-2009 гг. снизилась на 3,7, первичная заболеваемость – на 19,9%, что является продолжением общей тенденции улучшения показателей психического здоровья населения республики начиная с 2002-2003 гг.

Мониторинг общественно опасных действий (ООД) психически больных показал, что в 2009 г. в ЧР, по данным официальной статистики, контингент психически больных составил 43650 чел., из них 840 (1,9%) состояли в группе активного диспансерного наблюдения (АДН). В данную группу включены больные, имеющие высокие факторы риска совершения общественно опасных действий. За 2008-2009 гг. отмечено снижение числа больных, включенных в группу АДН, на 0,6%. Снизилось количество ООД, совершенных психически больными: с 426 случаев в 2008 г. до 397 в 2009 г., или на 6,8%. При этом необходимо отметить, что правонарушения в 40-50% случаев совершены лицами, у которых психическое нарушение обнаружено при судебно-психиатрической экспертизе и (или) ранее не находившимися под наблюдением психиатра. Специалистами психиатрической службы постоянно проводятся профилактические мероприятия с данным контингентом. Так, за 2009 г. стационарное лечение прошли 155 чел. из группы АДН, амбулаторное принудительное лечение на конец 2009 г. получали 77.

Изучение причин высоких показателей суицидов в районах и городах ЧР является основой профилактики суицидального поведения. ОМКО ГУЗ РПБ ежемесячно проводит мониторинг завершенных суицидов по районам и городам республики (по данным бюро МСЭ) с выделением наиболее суицидогенных

районов с целью разработки программы по их профилактике. Показатель завершенных СУ в 2006-2008 гг. снизился на 12,8% (с 50,7 до 44,2 на 100 тыс. нас.), в т.ч. среди городских жителей – на 13,3, сельских – на 5,1%. По оперативным данным бюро СМЭ, показатель СУ в 2009 г. составил 43,2 на 100 тыс. нас. В 2009 г. показатель СУ варьировал от 14 в г. Алатырь до 112 на 100 тыс. нас. в Янтиковском районе. Высокие показатели СУ зафиксированы в Ибресинском (84), Красноармейском (91), Марпосадском (103), Козловском (79). Подготовлено к изданию методическое руководство «Суицидальное поведение и его профилактика в Чувашской Республике».

В рамках совершенствования методов оказания специализированной психиатрической помощи, повышения ее качества, проводятся различные реорганизационные мероприятия. Так, в 2008 г. на республиканский бюджет переведена Новочебоксарская амбулаторная служба как структурное подразделение РПБ. В конце 2009 г. на базе РПБ организованы психотерапевтическое и психосоматическое отделения по 50 коек. В психотерапевтическом отделении в течение 2010 г. планируется специализация коек для лиц, находящихся в кризисной ситуации. Данные отделения оснащены современным лечебно-диагностическим оборудованием и инвентарем. Госпитализация больных в психосоматическое отделение уже началась.

Организация в 1999 г. в РПБ отделения сестринского ухода (ОСУ) позволяет проводить профилактику и лечение ПР у лиц пожилого и старческого возраста. Отделение предназначено для лечения больных с нарушениями психики и нуждающихся в сестринском уходе. Средние сроки лечения пациентов в ОСУ составляют 90 дней (средний возраст пациентов – 70 лет). Больные с деменциями (предстарческого и старческого возраста, сосудистыми, органическими) составляют 60%, шизофренией – 25, олигофренией – 5, эпилепсией – 5, другие ПР – 5%. В течение 2009 г. в данном отделении прошли лечение 154 чел., из них 41 чел. – сельскими. ОСУ функционирует также в ГУЗ ШПБ, в ГУЗ АПБ, в ГУЗ ЯПБ развернуты койки сестринского ухода. Специалистами по социальной работе с данной категорией больных регулярно проводятся тренинги по восстановлению социальных навыков, навыков самообслуживания и т.д.



В целях совершенствования медицинской и психосоциальной помощи ликвидаторам радиационных аварий изданы методические рекомендации «Оздоровительная психорегуляция» и «Немедикаментозные методы регуляции сна». Опыт психологической и психотерапевтической помощи ликвидаторам радиационных аварий, организация системы их медицинской и психосоциальной реабилитации обобщены в монографии Е.Л. Николаева «Пострадиационное психическое расстройство: клинико-терапевтические и гистологические аспекты». Ежегодно между РПБ и МВД заключается договор об оказании психологической помощи на базе лечебно-диагностического отделения участникам и пострадавшим в военных действиях, а также ликвидаторам радиационных аварий. Психотерапевтическая помощь ликвидаторам радиационных аварий также оказывается врачом-психотерапевтом Е.Ю. Смирновой в ГУЗ «Республиканский госпиталь для ветеранов войн и инвалидов». За 2009 г. оказана помощь 530 пациентам.

Профилактическая и психореабилитационная программы реализуется в рамках плановых мероприятий и совместных акций с общественными и государственными структурами. Так, в сентябре и октябре 2009 г. медицинскими психологами лечебно-диагностического отделения совместно с центрами занятости населения в Чебоксарском, Козловском, Аликовском и других районах Чувашии проведена серия психологических тренингов, направленных на повышение адаптационного потенциала личности в условиях снижения профессиональной активности и угрозы потери работы. Для жителей городов Чебоксары и Новочебоксарск были организованы доступные круглосуточные консультации психологов и других специалистов по телефону доверия (около 600 звонков в течение месяца). В апреле 2009 г. проведен семинар с учителями в специальном (коррекционном) общеобразовательном учреждении на тему «Профилактика противоправных действий детей, страдающих ПР», в сентябре 2009 г. – семинар с завучами СОШ г. Чебоксары на тему «Диагностика психических расстройств у детей младшего школьного возраста, профилактика их общественно опасного поведения». В 2009 г. с целью выявления и профилактики ПР обследовано 2001 ребенок и 2200 учащихся общеобразовательных школ.

В течение года для больных и их родственников во всех психиатрических ЛПУ республики проводились Дни открытых дверей по актуальным вопросам, возникающим в ходе оказания психиатрической помощи, с участием юристов-консультантов, специалистов по социальной работе, медицинских психологов. Данное мероприятие вызывает все больший интерес у желающих узнать новое о методах лечения и реабилитации ПР, изменениях в законодательной базе в области психиатрии, гражданского права, социальной защиты, вопросах опекунов и др. Для родственников больных готовятся памятки и брошюры по уходу за больными в домашних условиях при различных ПР, о методах лечения, их раннего распознавания или их обострений.

В 2009 г. РПБ приняло участие во всероссийском конкурсе «За подвижничество в области душевного здоровья – 2009», организованном Общественным Советом по вопросам психического здоровья при Главном внештатном специалисте-психиатре Минздравсоцразвития РФ. Коллектив РПБ по итогам конкурса удостоился Почетной грамоты Совета.

Вопрос улучшения материально-технического обеспечения психиатрических учреждений стоял остро на протяжении многих лет (имеется даже приказ МЗ РФ от 02.06.97 г. №173 «Об организации финансирования и материально-технического обеспечения психиатрических учреждений»). Программными мероприятиями (начиная с 2003 г.) ему уделялось особое значение и выделялись значительные средства на укрепление материально-технического состояния психиатрических учреждений и обеспечения их современным оборудованием, что продолжается и сейчас.

Так, в 2009 г. проведены текущий и капитальный ремонты во всех психиатрических учреждениях на сумму более 6 млн руб. В 2009 г. было приобретено лечебно-диагностическое оборудование на сумму более 3 млн руб. Улучшение материально-технической базы учреждений способствовало оптимизации структуры психиатрической помощи, развитию внебольничных форм помощи, организации медико-социальной поддержки пациентов, повышению качества лечебно-диагностического процесса, организации и развитию лечебно-трудовых мастерских при всех ЛПУ психиатрического профиля.

Выполнение основных программных мероприятий стало базой для выполнения четырех основных индикаторов выполнения программы за 2008-2009 гг.:

- привлечение к лечению ПР различных специалистов в области психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации позволило увеличить долю пациентов, охваченных бригадными формами оказания помощи, до 22,3% (по программе – 22%);

- средняя длительность пребывания больного на койке за 2009 г. составила по ЧР 66,0 дней (по программе – 67,3 дня).

- доля пациентов, нуждающихся в стационарной психиатрической помощи, составила 14,1% (по программе – 15,5%).

- доля повторных в течение года госпитализаций в психиатрический стационар снизилась до 18% (по программе – 20,5%).

Основными и наиболее сложными задачами, стоящими перед психиатрическими учреждениями и подразделениями республики в 2010 г., следует считать:

- дальнейшее снижение средней длительности пребывания больного в стационаре;

- увеличение доли пациентов, охваченных бригадными формами оказания психиатрической помощи, до 37%.

Определенным резервом для эффективности реализации подпрограммы является вовлечение в программы профилактики и терапии ПР первичного звена здравоохранения, улучшение ранней диагностики психических расстройств, в т.ч. дементных синдромов; совершенствование методов лечения психически больных с помощью применения современных антипсихотиков и антидепрессантов нового поколения, а также тесное взаимодействие с социальными службами, общественными организациями, такими как центры социального обслуживания населения в районах и городах республики, Чувашская республиканская организация «Всероссийское общество инвалидов» и др.

## ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ ЧУВАШИИ

А.Б. Козлов, Л.А. Овечкина

Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары

Психическое здоровье является одной из главных ценностей как для отдельного человека, так и для общества в целом. Сохранение и улучшение психического здоровья населения являются одной из наиболее актуальных проблем любого государства. Это связано с тем, что психическое здоровье граждан определяет национальную безопасность страны, сохранение и улучшение её трудовых ресурсов и научного потенциала, а также уровень качества жизни народа и является объективным критерием успешности проводимых политических, социальных и экономических реформ в стране.

В психологической и психиатрической помощи, по оценкам специалистов, нуждается каждый пятый житель России. В Чувашской Республике (ЧР) под наблюдением психиатров на конец 2009 г. находилось 43650 чел. (3,4% населения). Диспансерно наблюдались 17942 чел., консультативно-лечебную помощь получали 25708 чел. (41,1 и 58,9% соответственно). Соотношение Д/К составляет 1/1,4 (в 2007 г. – 1/1,6, в 2008 г. – 1/1,5).

Анализ распространенности и выявляемости психических расстройств (ПР) населения ЧР за 2005-2009 гг. показал снижение показателей как общей заболеваемости (ОЗ), так и первичной заболеваемости (ПЗ). Уровень ОЗ ПР снизился с 377,3 на 10 тыс. нас. в 2005 г. до 341,2 в 2009 г., или на 9,6%. Несмотря на снижение, данный показатель превышает среднероссийский (297,6, 2008). В разрезе районов и городов ЧР показатель ОЗ выше среднереспубликанского в Моргаушском (406,15), Ибресинском (384,26) и Красноармейском районах (381,4) и в г. Чебоксары (447,38). Низкие показатели – в Вурнарском (192,7), Канашском (206,9), Порецком (255,85), Батыревском (268,8), Цивильском (271,63), Чебоксарском (256,34) районах и в г. Шумерля (127,57).

В структуре контингента больных по нозологиям 47,2% составили больные с непсихотическими ПР, 29,6 – с умственной отсталостью (УО), 23,2% – психозами и состояниями слабоумия

(ПИС). Структура ОЗ ПР в ЧР несколько отличалась от структуры по РФ и ПФО. В ЧР более высокая доля лиц с УО: по сравнению с РФ выше на 29,8%, ПФО – на 23,3%.

Показатель ПЗ ПР за 2005-2009 гг. снизился с 61,19 до 44,3 на 10 тыс. нас., или на 27,6%. Тем не менее данный показатель остался выше среднероссийского в 1,24 раза. Структура ПЗ практически идентична структуре по РФ и ПФО. Доля НПР составила 74,8%, ПИС – 17,4, УО – 7,8%.

В разрезе районов и городов наиболее высокие показатели ПЗ выявлены в Моргаушском (39,8), Урмарском (35,6), Цивильском (35,6) районах и г. Чебоксары (79,2) и Алатырь (47,9), низкие показатели – в Краснорамейском (10,4), Красночетайском (14,0), Порецком (18,0), Чебоксарском (15,0), Яльчикском районах (7,9) и в г. Канаш (8,7).

Большую настороженность вызывает распространенность ПР среди детей (в возрасте от 0 до 14 лет) и подростков (от 15 до 17 лет), так как именно в этих возрастных группах определен наибольший уровень общей и первичной заболеваемости. Уровень ОЗ детей в 2009 г. составил 334,3 на 10 тыс. населения, подростков – 373,4; уровень ПЗ детей – 65,6, подростков – 47,2 на 10 тыс. населения.

ПР и инвалидизация тесно связаны. Число инвалидов в связи с ПР в 2009 г. достигло 13019 чел. и увеличилось по сравнению с 2005 г. на 751 человек, или на 6,1%. Показатель инвалидности в 2009 г. составил 101,7 против 94,4 на 10 тыс. населения в 2005 г. (РФ – 71,7, 2008 г.). Несмотря на некоторое снижение данного показателя в 2007-2009 гг., он в 1,4 раза превысил среднероссийский.

В 2009 г. в структуре нозологических форм 29,2% составили больные шизофренией (РФ – 36,3%), 42,8% – больные с УО (РФ – 34,0%). 28% составили больные с другими ПР (РФ – 29,7%), из них 7,6% – больные эпилепсией (с психозом и без психозов) (РФ – 10,2%), 0,3% – с хроническими неорганическими психозами (РФ – 2,7%, 2005 г.).

В общем числе инвалидов 25,5% составили больные с 3 группой инвалидности, 33,6 – дети-инвалиды в возрасте 0-15 лет и 40,9% – инвалиды 1-2 группы.

Число впервые признанных инвалидами по ЧР снизилось с 921 чел. в 2005 г. до 678 чел. в 2009 г., или на 26,4%, показатель первичного выхода на инвалидность – с 7,09 до 5,3 на 10 тыс. населения, или на 25,2% (РФ – 2,8, 2008 г.). Таким образом, несмотря на значительное снижение, показатель первичного выхода на инвалидность в ЧР остается выше среднероссийского показателя в 1,9 раза.

В структуре первично инвалидизированных лиц больные шизофренией составили 17,8% (РФ – 26,2%), с УО – 38,9 (РФ – 34,3%), другими ПР – 43,3 (РФ – 39,5%), в том числе больные эпилепсией – 2,7 (РФ – 7,9%), больные с хроническими неорганическими психозами – 1,9% (РФ – 4,0%, 2005 г.).

Из общего числа инвалидов по ЧР лица трудоспособного возраста составили 60,3%. Из них работали 9,8%, что связано с тем, что пациенты с ПР вытесняются из производства при новых экономических условиях. При этом резко сократилось количество спеццехов, квотирование рабочих мест для инвалидов. В республике отсутствует общежитие для лиц, утративших социальные связи, реабилитационная база психиатрических учреждений находится в сложных условиях.

Важным показателем, характеризующим состояние психического здоровья населения, является уровень суицидов (СУ). Суицидологическая ситуация в ЧР долгие годы остается напряженной. Республика относится к регионам с высоким уровнем завершенных СУ. Показатель СУ по ЧР в 2008 г. по сравнению с РФ и ПФ выше в 1,6 и 1,2 раза соответственно и составил 44,2 на 100 тыс. населения. На фоне тенденции к снижению СУ в РФ в ЧР также отмечено постепенное снижение числа завершенных СУ. За 2005–2008 гг. снижение показателя по ЧР составило 6,3%. Показатель СУ среди городских жителей по ЧР снизился на 23, сельских – на 15,3% (РФ – на 36,9 и 20,9% соответственно). Соотношение СУ среди сельских и городских жителей показало, что по ЧР у сельских жителей число СУ в 4 раза выше, чем у городских, в то время как по РФ – в 1,9 раза.

Успешность решения задач профилактики суицидального поведения детей, подростков, взрослых существенно зависит от формы организации специализированной суицидологической помощи. Более низкие показатели СУ в городах, чем в сельских

районах, связаны с более развитой и организованной структурой психиатрической, психотерапевтической и наркологической помощи в городах.

Таким образом, основные показатели психического здоровья населения республики имеют положительную динамику, но все еще остаются неразрешенными вопросы социальной и профессиональной реабилитации инвалидов. В республике необходимо создание лечебно-производственных предприятий для трудовой терапии, обучения новым профессиям и трудоустройства на эти предприятия лиц, страдающих ПР, включая инвалидов, а также специальных производств, цехов или участков с облегченными условиями труда.

Все это объясняет необходимость особого внимания к проблемам психического здоровья не только со стороны работников здравоохранения, но и со стороны общественности и представителей структур власти.

## АНАЛИЗ РЕГОСПИТАЛИЗАЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИЯ АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ

Н.В. Лаврентьева, Л.Н. Никитин

Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары

В современных условиях крайне важным является эффективный выбор направлений дальнейшего совершенствования системы помощи больным, обоснованный результатами комплексного системного анализа воздействия медицинских, организационных и иных средовых факторов на психическое здоровье населения. Нами исследованы причины регоспитализации больных, находящихся на диспансерном наблюдении.

В 2008 г. на диспансерном наблюдении исследуемого участка находилось 482 чел., из них 56% – женщины и 44% – мужчины; в 2009 г. – 477 чел., из них 55,8% – женщины и 44,2% – мужчины. Стационарное лечение в 2008 г. получили 212 чел. (44%), в 2009 г. – 209 чел. (43,8%). Регоспитализировано в 2008 г. – 8 (3,8%), в 2009 г. – 6 (2,87%). Отмечено снижение случаев регоспитализации в 2009 г. на 25% по сравнению с 2008 г. Выявлены схожие показатели структуры психических расстройств в 2008 и в 2009 г. Больные с шизоф-

рений составили 5 (62,5 %) в 2008 г. и 4 пациента (66,6%) – в 2009 г. Затем идут органические психические расстройства: 2 (25%) в 2008 г. и 1 (16,7%) в 2009 г., непсихотические расстройства: 1 случай – 10% в 2008 г., а в 2009 г. – отсутствуют.

Среди регоспитализированных преобладали женщины – в 2008 г. из 8 пациентов 5 женщин (62,5%) и 3 мужчин (37,5%), в 2009 г. из 6 пациентов 4 женщины (66,7%) и 2 мужчин (33,3%). Основная причина, приведшая к регоспитализации – прекращение приема поддерживающей терапии пациентом. Обострения психического расстройства наступали в группе пациентов, отказавшихся от льготного лекарственного обеспечения. В 2008 г. было 5 случаев обострения из этой категории, в 2009 – 4 случая. Пациенты этой группы не могли принимать препараты нового поколения, обладающие клинической эффективностью и высокой переносимостью, или нерегулярно принимали из-за дороговизны препаратов.

Установлено, что чаще госпитализировались неработающие больные – 3 (2 женщины и 1 мужчина) или потерявшие работу – 2 человека (1 мужчина и 1 женщина). Одиноким живущим пациентом, страдающим органическим заболеванием, ежегодно регоспитализируется в стационар. Один пациент, регулярно посещающий в реабилитационный клуб «Шаг в себе», устроился на работу в 2009 г. и перестал госпитализироваться.

При планировании реабилитационной работы опирались на посещаемость пациентами участкового психиатра после выписки из стационара в день выписки, а в последующем – в назначенные участковым врачом сроки, заинтересованность родственников больного в сохранении его психического здоровья, условия, способствующие реабилитационному потенциалу данного пациента, раннему распознаванию признаков обострения. Факторами, способствующими стабилизации состояния, являются изменение в социальном статусе больного – устройство на работу, положительные изменения в личной жизни, исключение негативных семейных взаимоотношений к пациенту (дома, на работе, соседи и т.д.). Реабилитационная работа на амбулаторном уровне складывается из комплексного взаимодействия лечебных, социально-экономических и других мероприятий.



## ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТРАЕКТОРИИ В СИСТЕМЕ ПОДГОТОВКИ ПСИХИАТРОВ, НАРКОЛОГОВ, ПСИХОТЕРАПЕВТОВ, ПСИХОЛОГОВ В ЧУВАШИИ

Е.Л. Николаев, А.Ю. Александров  
Чувашский государственный университет, Чебоксары

Состояние и перспективы развития современной службы психического здоровья, решающей важные социальные задачи сохранения и укрепления здоровья населения настоящего и будущих поколений, сегодня, как никогда, определяется состоянием ее кадрового потенциала. В профессиональной подготовке медицинских и немедицинских специалистов с высшим профессиональным образованием (психиатров, наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов) можно выделить этапы вузовской и послевузовской подготовки.

Ключевым государственным образовательным учреждением высшего профессионального образования, осуществляющим с 1967 г. подготовку дипломированных специалистов для нужд здравоохранения Чувашии и соседних регионов, является Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова. Это не только единственный вуз республики, имеющий лицензию на подготовку врачей, это и один из крупнейших классических вузов региона с мощной образовательной и научной базой, позволяющей эффективно реализовывать подготовку бакалавров, специалистов, магистров по десяткам востребованных специальностей и специализаций. Последипломная подготовка специалистов психического здоровья с 2004 г. осуществляется в республике самостоятельно – на курсе психиатрии государственного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Институт усовершенствования врачей» Минздравсоцразвития Чувашии.

Действующая нормативно-правовая база определяет общую начальную фазу образовательной траектории в подготовке психиатров, наркологов и психотерапевтов через шестилетнее обучение по специальностям «лечебное дело» или «педиатрия» с получением диплома врача. Необходимым условием последипломного образования выпускников указанных медицинских

специальностей для работы в сфере психического здоровья является обязательное прохождение годичной интернатуры или двухгодичной ординатуры по психиатрии.

Это дает молодым врачам непосредственный практический опыт и юридическое право заниматься лечебной деятельностью исключительно в рамках одной специальности – психиатрии. Только после завершения интернатуры или ординатуры по психиатрии, врачи получают право на дальнейшую профессиональную переподготовку, продолжительностью не менее четырех месяцев, по одной из субспециальностей психиатрии – наркологии, психотерапии (а также сексологии и экспертизе).

Стоит отметить, что до недавнего времени врачи психиатры-наркологи проходили интернатуру в рамках одноименной специальности. Наличие, наряду с интернатурой по психиатрии, диплома о профессиональной переподготовке по одной из перечисленных субспециальностей является кадровым условием, позволяющим врачу занимать должность психиатра-нарколога или врача-психотерапевта в учреждениях здравоохранения и заниматься соответствующей врачебной деятельностью.

Психологи занимают в учреждениях системы здравоохранения должности «медицинских психологов». Они являются дипломированными специалистами с высшим немедицинским (гуманитарным) образованием. Наличие среднего медицинского образования не является для них необходимым условием получения высшего профессионального образования.

Нормативные документы определяют только две специальности (психолог, клинический психолог), дипломы с записями о которых позволяют специалистам быть принятыми на работу в лечебных учреждениях. В настоящее время специалисты-психологи с квалификациями «педагог-психолог», «практический психолог» и т.п. считаются абсолютно неприемлемыми для работы в системе здравоохранения. Тем не менее, выпускникам по специальности «психолог» также необходимо проходить профессиональную переподготовку по медицинской (клинической) психологии, что делает их образовательную подготовку удовлетворяющей действующим нормативным требованиям. Для выпускников по специальности «клиническая психология» подобная переподготовка не требуется.

Подготовка психологов по специальности «психология» осуществляется только в двух вузах Чувашии. Большинство готовится на профильном факультете в Чувашском государственном университете имени И.Н. Ульянова, где часть получает специализацию «клиническая психология». В ситуации отсутствия подготовки в республике специалистов по специальности «клиническая психология» образовательная траектория выпускников Чувашского государственного университета является максимально приближенной к нуждам отечественного здравоохранения и при условии организации постдипломной переподготовки по медицинской психологии полностью отвечает нормативным требованиям и запросам работодателя.

Перевод отечественного вузовского образования с системы ступенчатого на систему уровневого образования в меньшей степени затрагивает образовательные траектории врачей, в большей степени – психологов. На смену психологам – дипломированным специалистам с 5-летним сроком обучения – придут бакалавры и магистры психологии с четырех- и двухлетним сроком обучения соответственно. Пока до конца неясно, на каком уровне будет вестись подготовка «клинических психологов» – на уровне бакалавриата или же специалитета.

Очевидно, что основой образовательного процесса по всем направлениям и специальностям должен стать компетентностный подход, что предполагает расстановку новых акцентов в системах вузовской и послевузовской подготовки.

## ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ИЗДАНИЕ ЧУВАШСКОЙ АССОЦИАЦИИ ПСИХИАТРОВ, НАРКОЛОГОВ, ПСИХОТЕРАПЕВТОВ И ПСИХОЛОГОВ

Е.Л. Николаев

Чувашский государственный университет, Чебоксары

На Третьем съезде психиатров, наркологов, психотерапевтов Чувашии в 2005 г. было принято решение об организации в рамках Чувашской ассоциации психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов профессионального издания. В этом же году Ассоциацией был подготовлен первый номер научно-прак-

тического издания «Вестник психиатрии и психологии Чувашии» (далее – Вестник), который предназначен для широкого и открытого обсуждения ключевых проблем современной психиатрии, наркологии, психотерапии, клинической психологии, вопросов междисциплинарного характера.

В состав Редакционного совета Вестника вошли ученые психиатры, психотерапевты, психологи, представители смежных отраслей знаний из России (Чебоксары, Москва, Санкт-Петербург, Казань, Иваново, Грозный), Украины (Днепропетровск), Белоруссии (Минск), Казахстана (Алма-Ата), Армении (Ереван), Таджикистана (Душанбе), Литвы (Вильнюс), Греции (Афины), Австрии (Зальцбург) и США (Нью-Йорк). Председателем Редакционного совета является главный психиатр Минздравсоцразвития Чувашии, главный врач Республиканской психиатрической больницы, заведующий курсом психиатрии, наркологии и психотерапии Института усовершенствования врачей, кандидат медицинских наук А.Б. Козлов.

Редакционная коллегия Вестника представлена докторами и кандидатами медицинских и психологических наук – преподавателями Чувашского государственного университета, главными специалистами-экспертами Минздравсоцразвития Чувашии, которые являются редакторами разделов «Психиатрия» (проф. Голенков А.В.), «Наркология» (главный нарколог Минздравсоцразвития Чувашии доц. Булыгина И.Е.), «Психотерапия» (доц. Орлов Ф.В.), «Психология» (доц. Захарова А.Н.) и техническим редактором (доц. Гартфельдер Д.В.). Главный редактор – председатель Чувашской ассоциации психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов, главный психотерапевт Минздравсоцразвития Чувашии, профессор Чувашского госуниверситета имени И.Н. Ульянова, д-р мед. наук Е.Л. Николаев. Заместитель главного редактора – зав. кафедрой психиатрии и медицинской психологии Чувашского госуниверситета имени И.Н. Ульянова, д-р мед. наук, проф. А.В. Голенков.

Формат издания позволяет публиковать оригинальные статьи, обзоры, краткие сообщения, рецензии, информацию о важных событиях. На его страницах публикуются как признанные ученые, так и начинающие исследователи, практики не только из Чувашии, но и из всех уголков страны, из-за рубежа.

«Вестник» выходит ежегодно. Основные рубрики: «Актуальные статьи», «Клиническая психиатрия», «Психотерапия и психопрофилактика», «Клиническая психология», «Перекресток культур», «События и имена», «В фокусе науки», «История и современность» всегда вызывают интерес у читателей. В качестве внеочередных приложений предусмотрена публикация методических рекомендаций для специалистов.

В 2007 г. журнал прошел процедуру международной регистрации во Франции и имеет номер международной регистрации периодических изданий (ISSN 1993-1298). Печатный объем Вестника составляет 9 печатных листов. В конце номера на все опубликованные материалы приведены резюме на русском, чувашском и английском языках, что делает доступным знакомство с ключевыми положениями статей как в республиканском, так и на международном уровне. С 2010 г. Вестник публикует материалы и на английском языке. Электронная версия журнала в полном объеме представлена в сети Интернет на сайте Республиканской научной медицинской библиотеки по адресу <http://www.lib.medinform.su>.

Таким образом, Чувашская ассоциация психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов является единственным региональным отделением Российского психиатрического общества, которое при относительно небольшом количестве его членов на практике реализовало выпуск собственного научно-практического издания по проблемам психического здоровья. Данный журнал является авторитетной и доступной научной площадкой для обсуждения насущных проблем психиатрического и психологического сообщества Чувашии.

## АНАЛИЗ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЧУВАШИИ

Л.А. Овечкина

Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары

Перспективы развития здравоохранения в значительной степени зависят от состояния профессионального уровня и качества подготовки медицинских кадров как главного ресурса здра-

воохранения. Кадровая политика должна включать три взаимосвязанных направления: планирование и оптимизация численности и структуры кадров; совершенствование подготовки кадров; управление человеческими ресурсами здравоохранения. В последние годы в Чувашской Республике (ЧР) приняты существенные меры по сохранению и развитию кадрового потенциала, повышению его профессионального уровня, оптимизации численности и состава специалистов.

В 2003 г. для подготовки специалистов психиатрического профиля в рамках всех форм постдипломного и дополнительного образования (интернатура, повышение квалификации, клиническая ординатура) по специальностям «психиатрия», «психиатрия-наркология», «психотерапия» и квалифицированного проведения учебного процесса (лекций, практических занятий) был организован курс психиатрии, наркологии, психотерапии и медицинской психологии на базе ГОУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Минздравсоцразвития Чувашии. Он располагает достаточной клинической базой, отвечающей требованиям гособразовательного стандарта высшего профессионального образования. Обучение специалисты проходят на базе ГУЗ «Республиканская психиатрическая больница», ГУЗ «Республиканский наркологический диспансер» и лечебно-диагностического отделения ГУЗ РПБ (бывший психотерапевтический центр). На всех базах созданы условия для проведения учебного процесса, имеются лекционные залы с проекционными экранами, учебные классы, кабинеты для преподавателей. В рамках работы, направленной на повышение образовательного уровня специалистов, за 6 лет работы курса первичную специализацию (интернатуру) по психиатрии прошли 37 чел., усовершенствование с получением сертификата специалиста – более 300, клиническую ординатуру по психиатрии – 3 чел.

Анализ кадрового потенциала психиатрической службы показал, что на 01.01.2010 г. в психиатрической службе республики работали 125 врачей, имеющих специализацию по психиатрии (амбулаторное и стационарное звено). Из них врачей-психиатров – 95, врачей-психотерапевтов – 23, врачей судебно-психиатрических экспертов – 7 чел. Укомплектованность психиатрической службы врачами-психиатрами составило 97,3,

психотерапевтами – 75,5%. При этом кадровые ресурсы централизованы: 64,8% врачебных кадров республики сосредоточены в г. Чебоксары (Республиканская психиатрическая больница).

Обеспеченность населения республики врачами-психиатрами (физ. лица) в 2009 г. составила 0,97 на 10 тыс. нас., что на 4,1% ниже данных по РФ (1,01 в 2008 г.). Обеспеченность врачами-психиатрами (занятые должности), включая врачей судебно-психиатрических экспертов – 1,1 на 10 тыс. нас. (РФ – 1,34 в 2008 г.).

Обеспеченность населения республики врачами-психиатрами, занятыми на амбулаторном приеме (занятые должности) – 0,53 на 10 тыс. нас., что на 13,2% меньше общероссийского показателя (РФ – 0,60), врачами-психотерапевтами в 2009 г. – 0,28 на 10 тыс. чел. (РФ – 0,24, 2008).

В 2009 г. для медицинских психологов в психиатрической службе выделено 35,5 ст., что составляет 0,28 на 10 тыс. нас. (РФ – 0,26 в 2008 г.), из них для работы в амбулаторном звене – 22,0 ст. (0,2 на 10 тыс. нас.), в стационарном – 13,25 ст. (0,1).

Отмечается недостаточное обеспечение ЛПУ специалистами по социальной работе и социальными работниками. Так, по ЧР специалистов по социальной работе выделено всего 6,0 ст., из них 5 – в амбулаторной службе, 1 – в стационарной. Ставок социальных работников и того меньше – на всю психиатрическую службу выделено всего 4,0 ст. Без данных специалистов невозможны организация полипрофессионального обслуживания психически больных, качественная реабилитация и другие социальные мероприятия.

Анализ квалификационных категорий показал, что 62,2% врачей-психиатров ЧР имеют ту или иную квалификационную категорию (РФ – 57,1%, 2008 г.). При этом у специалистов, работающих в психиатрических стационарах, данный показатель равен 65,1, у врачей, работающих в психиатрических кабинетах при ЦРБ – 52,3%. Среди врачей-психотерапевтов удельный вес врачей, имеющих квалификационные категории, составил 59,3% (РФ – 45,8%). Доля сертифицированных врачей-психиатров достигла 98,7, врачей-психотерапевтов – 92,6%.

Не полностью решена одна из основных задач организации психиатрической службы – доступность специализированной

помощи сельскому населению. Районные ЛПУ укомплектованы лишь врачами-психиатрами (кроме Порецкой ЦРБ, в которой нет врача-психиатра и Янтиковской ЦРБ, в которой данный специалист работает на 0,5 ст.); не предусмотрены ставки детских врачей-психиатров (кроме Канаашской, Моргаушской, Урмарской, Алатырской ЦРБ и Шумерлинской городской детской больницы, в которых имеются от 0,25 до 0,5 ст. данных специалистов); практически во всех районных ЛПУ нет ставок врачей-психотерапевтов (кроме Моргаушской и Ибресинской ЦРБ).

Указанные факты влияют на доступность и качество оказываемой специализированной помощи жителям сельских районов, что коррелирует с более высокими показателями состояния их психического здоровья и уровня суицидов.

Таким образом, в состоянии кадрового обеспечения психиатрической службы республики имеются проблемы, особо актуальные в настоящее время: дефицит кадров детских врачей-психиатров, врачей-психотерапевтов, медицинских психологов в муниципальных (районных) ЛПУ республики; отсутствие или недостаточное обеспечение психиатрических ЛПУ специалистами по социальной работе и социальными работниками; концентрация высококвалифицированного психиатрического кадрового потенциала в стационарном звене психиатрической службы и городах республики; рост числа специалистов пенсионного возраста среди врачей; расширение и укомплектование кадрами телефонов доверия, кабинетов социально-психологической помощи.

## ПЕРВЫЙ ОПЫТ РАБОТЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Ф.В. Орлов, Н.Л. Степанова

Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары

К психосоматическим расстройствам, требующим стационарных условий лечения относятся психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга либо вследствие физической болезни (F 06), соматоформные расстройства (F 45), включающие в себя соматизированное (F 5.0),



ипохондрическое расстройство (F 45.2), соматоформную вегетативную дисфункцию (F 45.3) и хроническое соматоформное болевое расстройство (F 45.4), а также заболевания, связанные с психологическим фактором (F 54).

В течение первого месяца работы в психосоматическое отделение поступили 21 женщина и 10 мужчин. Среди них оказались больные, предъявляющие соматические жалобы, не находящие подтверждения и объяснения с позиций врачей общей практики. По литературным данным, обращаемость больных с соматоформными расстройствами к врачам общей практики составляет 30-40%. Проведенные нами ранее исследования головной боли в структуре психических расстройств показали, что путь от терапевта до психотерапевта обычно длится более пяти лет. Это связано как с организацией специализированной помощи этим пациентам, так и с трудностями диагностики психосоматических нарушений, не имеющих четкой клинической картины.

Больные с ипохондрическими нарушениями в общесоматической практике составляют 3-14% всех больных. Убежденность в наличии соматической болезни и болезненная фиксация на соматических симптомах приводят больного к терапевту, который в условиях отсутствия психосоматического кабинета лечит такого больного по терапевтическим стандартам в соответствии с выставленным «диагнозом под вопросом». Таких больных в отделении оказалось трое.

Со множественными жалобами на боли в области сердца, сердцебиение, периодическое повышение артериального давления, не характерными для органической патологии, поступили двое больных. Их состояние было квалифицировано лечащим врачом как соматоформная вегетативная дисфункция.

Среди больных, предъявляющих жалобы соматического характера и обратившихся в связи с длительным без эффекта лечением в общетерапевтической сети, оказались четверо больных с неустановленным ранее расстройством шизофренического ряда. Например, больная с бредовым расстройством до 51 года не попадала в поле зрения психиатра, в то же время в анамнезе имелись указания на ряд выставленных терапевтами хронических заболеваний, наличие которых терапевт отделения исключил. Диссоциативные расстройства представлены блефароспазм-

мом, двигательными нарушениями, по поводу которых больные в течение ряда лет лечились у невролога. Отказавшиеся ранее от лечения у психиатра больные с открытием психосоматического отделения обратились за помощью к специалистам этого профиля. Психические нарушения вследствие органической патологии выявлены у семи больных. Психологические факторы, способствовавшие обострению и обусловившие неэффективность стандартного лечения, явились причиной обращения за помощью к психотерапевту.

Среди поступивших на стационарное лечение было шесть пациентов с депрессивными расстройствами, расстройством адаптации – 4, неврастенией, нервной анорексией и тревожно-фобическими нарушениями по одному больному.

Применение психосоматического подхода в лечении может быть реализован врачами при бригадной форме работы. Лечебный процесс координируется психотерапевтом и психиатром.

В психодиагностике участвует медицинский психолог. Совместно выявляются психологические факторы в возникновении и развитии заболевания, внутриличностные проблемы, конфликты, нарушения общения в семье и на работе, механизмы психологической защиты, реакция личности на заболевание. После психологического анализа проводится психотерапия, которая направлена на восстановление нарушенных отношений пациента, адаптацию в социуме.

Проводится рациональная психотерапия, т.е. анализ психотравмирующей ситуации и переубеждение пациента. Взаимоотношения психических и соматических нарушений характеризуют тактику лечения. Соматические нарушения определяют участие в лечебном процессе терапевта или невролога.

В нормализации как соматического состояния, так и психической сферы человека большое значение имеют акупунктура, мануальная терапия. Комплексный подход обеспечивает взаимопотенцирующее действие психотерапии, мануальной терапии и рефлексотерапии в устранении выраженности психоэмоционального напряжения, улучшение психологического и физического функционирования больных.

Таким образом, бригадная форма работы с привлечением врачей психиатрического и соматического профиля с участием

медицинских психологов позволяет наиболее успешно решать проблему психосоматического больного.

## РЕФОРМИРОВАНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Н.В. Соловьева

Психиатрическая больница №13, Москва

В Российской Федерации (РФ) уже более 10 лет идет процесс реформирования психиатрической службы. Основные изменения касаются ее переориентации с чисто медицинской модели оказания помощи на биопсихосоциальную.

Конституция РФ, Основы законодательства об охране здоровья граждан, Закон о психиатрической помощи, подзаконные акты в качестве правовой базы определили ценности, которыми нужно руководствоваться психиатрическим учреждениям при проведении реформ. Эти ценности заключаются в равенстве всех граждан РФ, уважении друг друга, принципах партнерства между всеми участниками процесса оказания психиатрической помощи. Ценности служат основой миссии психиатрических учреждений – предоставлением в сфере психического здоровья помощи в широком смысле этого слова (на принципах биопсихосоциального подхода).

Центральным моментом реформирования является деинституционализация, она состоит из трех компонентов: сокращение психиатрических коек, профилактика регоспитализаций, система мероприятий по внебольничной поддержке. Сокращение психиатрических коек в России идет относительно быстро, в то время как два других компонента деинституционализации практически не развиваются. Для их развития необходимо внедрение новых форм и методов оказания психиатрической помощи.

В России есть все основные звенья психиатрической службы – амбулаторные, полустационарные, стационарные, места защищенного проживания и клубы. Для того чтобы внедрить новые формы и методы оказания психиатрической помощи, важно не создавать новые звенья, а грамотно распоряжаться имеющимися.

Ключевыми проблемами реформирования являются осознание биопсихосоциального подхода как основной ценности, переход к полипрофессиональной (бригадной) форме работы с пациентами; партнерские отношения с пациентами и их ближайшим окружением; гибкое межведомственное взаимодействие; использование современных управленческих технологий при организации работы психиатрических учреждений.

Для того чтобы реформирование было успешным, основные усилия на уровне службы нужно приложить на формирование профессиональных управленческих кадров для психиатрических учреждений; изменение принципов финансирования психиатрических учреждений в зависимости от объемов и качества оказанной ими специализированной помощи; пересмотр показателей для годовой отчетности учреждений с учетом новых представлений о качестве оказываемой психиатрической помощи; создание межведомственных координационных Советов на разных уровнях управления (федеральном, региональном, муниципальном).

Для управления процессом реформирования в психиатрических учреждениях эффективно использование следующих форм и методов: определение ожидаемой модели работы (на основе группового обсуждения со всеми заинтересованными сторонами); определение кадровой политики исходя из конкретных условий конкретного учреждения; использование различных методов оценки персонала (профиль компетенций, Assessment Center и пр.); дифференцированная оплата труда как материальная стимуляция сотрудников; активное использование методов нематериальной стимуляции; внедрение сестринского процесса в работу психиатрических учреждений (в частности для организации работы полипрофессиональных бригад и формирования терапевтической среды); разработка разных форм внутреннего обучения сотрудников (программы обучения, исследовательские программы, конкурсы, полипрофессиональные клинические разборы); периодическая супервизия работы учреждения (например, SWOT-анализ); максимальное предоставление информации всем сотрудникам учреждения, пациентам, их родственникам, сообществу (собрания, совещания, средства массовой информации, памятки, алгоритмы работы для сотрудников и

т.д.); получение обратной связи (анкетирование, опросы, книги и ящики для предложений, деловые игры, Советы и собрания).

Оценка эффективности управления процессов реформирования в психиатрических учреждениях возможна с помощью следующих показателей: показатель регоспитализации (повторность поступления больных в стационар в том же году); средняя длительность пребывания на койке выбывшего больного; средняя длительность пребывания на койке больного из группы диспансерного наблюдения в течение года (показатель для амбулаторной службы); количество больных, охваченных групповыми формами работы (показатель для всех звеньев службы); количество больных, охваченных бригадными формами работы (показатель для всех звеньев службы); количество больных, включенных в группы само-, взаимопомощи (показатель для всех звеньев службы).

## ОБРАЩАЕМОСТЬ ЗА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ В ЧАСТНЫЕ ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ

В.В. Филашихин, А.С. Аведисова

Государственный научный центр социальной  
и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва

Проанализированы медицинские карты амбулаторных и стационарных пациентов, обратившихся в частную психиатрическую клинику «Преображение», расположенную в г. Москва, за семилетний период (2002-2008), а также отдельные характеристики изучаемого контингента, полученные в результате исследования в 2008 г. и в первую половину 2009 г.

В течение 7 лет наблюдалось неуклонное увеличение числа госпитализаций пациентов с психическими расстройствами (ПР): в 2002 г. – 51, в 2003 г. – 65, в 2004 г. – 119, в 2005 г. – 131, в 2006 г. – 135, в 2007 г. – 153, в 2008 г. – 155 чел. (809 госпитализаций). За 7 лет изменился нозологический спектр госпитализированных пациентов: первые 2 года более 50% составляли лица с органическими ПР (F 0 по МКБ-10), в последующие годы отмечалось неуклонное увеличение числа пациентов с расстройствами шизофренического спектра (F 2), (в 2008 г. – 51,2%) (в

основном за счет шизотипического расстройства – 48 из 93 пациентов и острых полиморфных психотических расстройств – 34 из 93).

Доля госпитализированных лиц с невротическими расстройствами (F 4) оставалась примерно одинаковой на всем протяжении семилетнего периода (11,8 – 16,7%), а количество пациентов с аффективными нарушениями (F 3) возросло примерно в 4 раза, достигнув 4,2%. Длительность госпитализаций зависела от нозологии (по данным 2008 г.): наибольшая длительность отмечалась при органических ПР (средняя длительность 22-30 дней) и расстройствах шизофренического спектра (15-21). Остальные пациенты госпитализировались на более короткие сроки (средняя длительность 10-14 дней).

Увеличение числа обращений за анализируемый период установлено и в отношении амбулаторных пациентов: в 2002 г. – 91 пациент, в 2003 г. – 110, в 2004 г. – 196, в 2005 г. – 287, в 2006 г. – 299, в 2007 г. – 302, в 2008 г. – 418 (всего 1703 пациента). При этом среди них отмечалось увеличение доли больных с пограничными ПР, которая с 18% в 2002 г. достигла 31% в 2008 г. Доля пациентов с остальными ПР оставалась примерно одинаковой с преобладанием лиц с расстройствами шизофренического спектра (30-40% от всех наблюдаемых пациентов). Обращаемость пациентов в амбулаторную психиатрическую службу увеличивалась, в основном, за счет 10-кратного увеличения повторных обращений.

Большинство пациентов находились в возрасте от 18 до 45 лет (более 60% лиц). В 1,5-2 раза преобладали лица женского пола. Образовательный статус пациентов был достаточно высок: более 50% из них имели высшее образование, 5-6 – два высших, 17-18% – неполное высшее. Лица пенсионного возраста составляли лишь 10%. Семейная адаптация была высокой: более 70% пациентов были замужними/женатыми, более 50% имели детей. Длительность ПР у большинства пациентов была незначительной: у 67% госпитализированных она не превышала 3 мес., у 56% амбулаторных – менее 2 лет.

Примерно 30% пациентов до клиники «Преображение» обращались за психиатрической помощью только в негосударственные структуры, около 10 – только в государственные, 30-

40% – как в те, так и в другие структуры. Среди обращающихся только в частные психиатрические структуры 15-40% наблюдались врачами частных клиник, до 30 – частными психиатрами, 3-30 – частными психологами, 15-60% – целителями, экстрасенсами и т.п. Более половины стационарных пациентов оплачивали свое лечение с помощью средств родственников, тогда как большая часть амбулаторных пациентов оплачивала свое лечение самостоятельно.

Данное исследование свидетельствует о высокой востребованности населения в частной психиатрической помощи, а также о приверженности к ней около трети лиц, обращающихся в частную психиатрическую службу.

## **ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

### **ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

М.А. Березовская

Красноярский государственный медицинский университет  
им. В.Ф. Войно-Ясенецкого

У больных параноидной шизофренией с доминированием в клинической картине галлюцинаторных расстройств выявлены значительные нарушения церебральной гемодинамики. Исследование скоростных параметров кровотока в сосудах головного мозга выполнено методом цветного дуплексного сканирования с использованием медицинского оборудования «Система ультразвуковая VIVID 3 PRO (H4501 IES) (General Electric Medical Systems, США)». Оно показало существенное замедление пиковых систолической и конечной диастолической линейных скоростей кровотока в передних, средних и задних мозговых артериях при некотором увеличении индекса периферического сосудистого сопротивления в этих же сосудах. Изменения скоростных параметров кровотока более выражены при приступообразно-прогредиентном течении заболевания. Указанные гемодинами-

ческие нарушения были зарегистрированы в первые дни госпитализации больных при наличии значительных психотических, в том числе галлюцинаторных, расстройств. Кроме того, у части больных, в основном с непрерывным течением шизофренического процесса, выявлены выраженные извитость и неравномерность калибра указанных сосудов. Результаты исследования свидетельствовали о нарушении сосудистого тонуса в магистральных артериях головного мозга у больных параноидной шизофренией, обусловленной наличием у них органической церебральной дисфункции.

Неврологическое обследование у этих пациентов выявило наличие рассеянной неврологической симптоматики, встречающейся чаще при приступообразном течении заболевания. Эти результаты доказали наличие многоуровневых изменений вещества головного мозга. Наиболее частыми расстройствами при исследовании неврологического статуса явились: головная боль, тремор пальцев рук, нистагмод, оживление сухожильных рефлексов, симптом Хвостека, легкое пошатывание в позе Ромберга, симптом Маринеску–Радовичи, выраженный гипергидроз. Выявленные симптомы стали основанием для установления больным ряда сопутствующих диагнозов, таких как «нейроциркуляторная дистония», «дисциркуляторная энцефалопатия», «последствия натальной травмы головного мозга» и др.

Проведенное исследование позволяет заключить следующее. У больных параноидной шизофренией с доминированием в клинической картине галлюцинаторных расстройств психотическая симптоматика развивается на фоне органической церебральной дисфункции, более выраженной при приступообразно-прогредиентном течении заболевания, которая сопровождается нарушением показателей мозговой гемодинамики (замедление скорости кровотока и увеличение индекса периферического сосудистого сопротивления в магистральных сосудах головного мозга, извитость и изменение калибра сосудов мозга). Полученные результаты целесообразно учитывать при проведении терапевтических мероприятий у данной категории больных.



# ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ КРОВОТОКА В МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА МЕТОДОМ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ДОПЛЕРОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

М.А. Березовская

Красноярский государственный медицинский университет  
им. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Изучение церебральной гемодинамики у больных шизофренией представляет большой клинический интерес, так как нет ни одного патологического состояния головного мозга, в котором не играло бы существенной роли кровообращение.

Недостаточное количество работ по изучению мозговой гемодинамики и микроциркуляции при шизофрении, отсутствие полноты получаемой при этом информации свидетельствуют, в первую очередь, о трудностях методического и аналитического подходов к изучению данной проблемы в прижизненных условиях. Положение изменилось с введением в клиническую практику транскраниальной доплерографии. За 20 с небольшим лет она превратилась из «экзотического» в привычный метод оценки мозгового кровообращения. Метод транскраниальной доплерографии, технически простой и неинвазивный, быстро привлек внимание специалистов.

**Цель:** изучить состояние кровотока в магистральных артериях головного мозга у больных параноидной шизофренией с помощью транскраниального дуплексного сканирования.

**Материал и методы.** Исследование проводилось на базе стационара Красноярского краевого психоневрологического диспансера №1 с 1999 по 2009 г. Обследовано 104 больных параноидной шизофренией (43 мужчины, 61 женщина) с преобладанием в картине заболевания галлюцинаторных расстройств. Из них приступообразно-прогредиентное течение шизофренического процесса отмечено у 36 чел. (34,6%), непрерывное – у 68 (65,4%). Возраст больных от 20 до 50 лет, длительность заболевания 3 года и более. Все пациенты госпитализированы в психиатрический стационар повторно.

Церебральная гемодинамика исследовалась в Центре нейро-реабилитации Сибирского Клинического Центра ФМБА России методом цветного дуплексного сканирования с использованием медицинского оборудования «Система ультразвуковая VIVID 3 PRO (H45011ES) (General Electric Medical Systems, США)». Фиксировались пиковая систолическая и конечная диастолическая скорости кровотока и индексы периферического сосудистого сопротивления в передних, средних и задних мозговых артериях. Указанные параметры регистрировались в покое в первые дни госпитализации при наличии выраженных психотических расстройств.

**Результаты исследования.** Изучение показателей скорости кровотока в магистральных артериях головного мозга у больных параноидной шизофренией методом цветного дуплексного сканирования показало, что у всех пациентов имеются значительные гемодинамические нарушения. Выявленные изменения заключаются в существенном замедлении пиковой систолической и конечной диастолической скорости кровотока и увеличении индекса периферического сосудистого сопротивления в магистральных сосудах мозга (передней, средней и задней мозговых артериях). Указанные нарушения выражены более значительно у пациентов с приступообразно-прогредиентным течением шизофренического процесса.

Таким образом, результаты подтверждают наличие сосудистой дистонии в артериях головного мозга у больных параноидной шизофренией с доминированием галлюцинаторных расстройств и свидетельствуют об имеющейся у них органической церебральной дисфункции.

## ПСИХОФИЗИОЛОГО-МАТЕМАТИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА УСЛОВНО ЗДОРОВЫХ ЛИЦ И БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

С.В. Золотарев, С.А. Ягода, К.И. Бакуменко  
Ставропольская государственная медицинская академия

Психофизиолого-математический анализ двух групп – условно здоровых (n=178) и лиц с шизофренией (n=128) на осно-

вании показателей вызванной электропроводности кожи в биологически активных зонах кожи лба, ладоней и стоп, полученных при обследовании с помощью аппаратно-программного комплекса «АМСАТ-Коверт», позволил дискриминировать сравниваемые группы с высокой степенью достоверности по результатам средних значений показателей. К 1 группе относятся значения выше 10% со знаком «+». К взаимосочетанию психофизиологических маркеров дискриминации условно здоровых лиц относятся: FO 2=11,75%; PIK 8=19,62; INT 8=22,62; FO 20=29,05; INT 12=33,21; PIK 7=40,30; INT 14=42,09; FO 5=42,61; FO 7=45,43; INT 22=77,77%, во 2 группе учитывались значения выше 10% со знаком «-». К взаимосочетанию маркеров дискриминации лиц с шизофренией относятся: FO 19=-11,57%; INT 7=-14,05; FO 14=-14,40; FO 12=-14,69; INT 19=-15,61; INT 13=-19,64; INT 5=-25,17; INT 20=-66,90; FO 22=-68,08%.

Результаты сравнительного многомерного непараметрического статистического анализа психофизиологических параметров в виде электрофизиологических характеристик биологически-активных зон кожи у лиц, относящихся к условной норме, и у лиц, страдающих шизофренией, привели к следующим выводам. В группе нормы регистрируются достоверно более высокие значения показателя, характеризующего конституциональную маскулинность (INT8), в то время как для группы лиц, страдающих шизофренией, характерны на высокодостоверном уровне сниженные значения указанного показателя (INT7). Для лиц 1 группы свойственны более высокая эмоциональность (INT 12) и более высокий витальный тонус (INT 14), нежели для 2 группы. Показатели INT 19, 20, 22 в данной группе переменных подтверждают выдвинутые предположения.

Психофизиологические характеристики, отражающие состояние физиологического резерва личности, в группе сравнения представлены лишь параметрами PIK 7 и PIK 8. Несмотря на кажущуюся незначительную разность средних данных показателей, их вклад в дискриминацию достаточно высок и составляет 40,3 и 19,6%, что свидетельствует о большей истощаемости у представителей группы нормы тех отделов психонейроэндокринной системы, которые отвечают за выработку мужских половых гормонов.

Третья группа изучаемых показателей в виде фактора отклонения для лиц группы нормы отличается гармоничностью баланса между эмоциональным и социальным началами личности (FO 2), однако у них же регистрируется своеобразная «диспропорция» между конституционально-биологическими основами личности и ее текущим эмоциональным состоянием (FO 5, FO 7), что, на наш взгляд, является вполне закономерным для гармоничной, адекватно социализированной личности, у которой высшие психические функции (произвольный самоконтроль, саморегуляция и т.п.) преобладают над проявлениями характера и темперамента. Во 2 группе зафиксированны проявления значительной эмоциональной ригидности (FO 12), снижение конституционально-детерминированных звеньев механизмов адаптации (FO 14). На соматическом уровне отмечается снижение общего функционального состояния поджелудочной железы, желчного пузыря, печени, надпочечников, яичников (яичек у мужчин) (FO 19, FO 20, FO 22).

## ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ

Д.В. Романов, Г.Н. Носачев, С.Н. Стрельник  
Самарский государственный медицинский университет

Хронобиологические исследования аффективной патологии стали одним из научных направлений кафедры психиатрии Куйбышевского медицинского института (теперь – Самарского государственного медицинского университета) в 60-х гг. XX века. Творческим коллективом кафедры психиатрии (заведующий кафедрой профессор В.Ф. Десятникова, доценты Г.Н. Носачева, И.И. Куколева, М.В. Пескова, ассистенты В.Я. Сидельникова, В.С. Баранова и др.), занимавшимся изучением вопросов диагностики, клиники и терапии аффективных расстройств, был подготовлен тематический сборник «Депрессивные состояния» (1976). Сборник содержит статьи, не потерявшие своей актуальности и в настоящее время: «Некоторые вопросы динамики периодических депрессий», «К вопросу о классификации маскированных депрессий», «О методике и некоторых результатах при-

менения депривации сна в условиях диспансера». Профессором Г.Н. Носачевым была проанализирована клиника депрессивных состояний при периодических эндогенных психозах, изучалось восприятие и переживание времени больными с депрессией при маниакально-депрессивном психозе и приступообразной шизофрении как проявление «психологического» (субъективного) времени при этих заболеваниях. Отдельным направлением явилось изучение возможностей и перспектив хронотерапии и хронопрофилактики эндогенных психозов. Результаты этих исследований были обобщены в докторской диссертации Г.Н. Носачева (1990), в которой помимо изучения клиники и разработки вопросов классификации эндогенных депрессий большое внимание было уделено вопросам хронобиологии и хронотерапии. Была сформулирована и впоследствии развита хронобиологическая модель эндогенных депрессий (Носачев Г.Н., 1998; Стрельник С.Н., 2006). Новаторские подходы кафедры в области хронотерапии аффективных расстройств были отмечены Г.Я. Авруцким (1988): «...впервые в практике отечественной психиатрии был применен предложенный Schulte метод лечения депрессий посредством депривации сна (Носачев Г.Н., Пескова М.В., Мельников Ю.К., Носенко Л.А., 1979)».

Опыт исследования сотрудниками кафедры различных аспектов депрессивных расстройств был обобщен в монографиях и статьях: «Эндогенные депрессии и деперсонализация» (1989), «Лечение эндогенных депрессий депривацией сна» (1990), «Методы хронотерапии эндогенных депрессий» (1990), «Фармакогенные и нефармакогенные методы хронотерапии эндогенных депрессий» (1994).

Сегодняшний коллектив кафедры продолжает традиции исследований в рамках хронобиологического подхода по следующим направлениям: изучение ритмов большого периода (макроритмов) рецидивов эндогенных депрессий в их сравнительно-нозологическом и прогностическом аспектах (Стрельник С.Н., 2003-2009), фототерапия сезоннозависимых депрессий, полисомнографические исследования при психических расстройствах (Пудиков И.В., 1999-2009), изучение клинико-динамических и терапевтических аспектов периодических депрессий с позиции эколого-хронобиологического подхода (Стрельник С.Н., Носа-

чев Г.Н., Романов Д.В., 2009). Исследования хронобиологии аффективных расстройств позволяют существенно дополнить наши представления о патогенезе аффективных нарушений при эндогенных заболеваниях, создают условия для более эффективного прогноза рецидивирования и раскрывают новые возможности терапии.

## ЗНАЧИМОСТЬ СТРЕССА В РАЗВИТИИ ШИЗОФРЕНИИ

В.А. Сиротина, И.П. Логинов

Дальневосточный государственный медицинский университет,  
Хабаровск

Основной моделью, интегрирующей этиологические факторы шизофрении, является модель предрасположенности к влиянию стрессов (stress diathesis model) – биопсихосоциальная модель. Субъект может иметь специфическое предрасположение «стресс-диатез», которое, соприкасаясь с определенными стрессовыми влияниями окружающей среды, способствует развитию шизофрении (Коцюбинский А.П., 2007). Эта теория основана на особенностях адаптационно-компенсаторного механизма.

**Материалы и методы.** Изучено 270 амбулаторных карт больных с различными формами и типами течения шизофрении. Основной критерий отбора пациентов – наличие объективных анамнестических сведений о стрессовой ситуации, предшествовавшей началу заболевания.

**Результаты и обсуждение.** В 23,7% (64 больных, 30 мужчин, 34 женщины) первый приступ шизофрении возник после психотравмирующего воздействия. Этот показатель связи со стрессовой ситуацией дебюта шизофренического процесса позволяет говорить о важной роли стресса в возникновении заболевания. Провоцирующие стрессогенные факторы в данном исследовании были разделены на категории: 1) проблемы, болезнь, смерть близких; 2) болезнь, операция, травма самого пациента; 3) конфликт в семье; 4) изнасилование, нападение, избиение самого пациента; 5) во время прохождения воинской службы, после демобилизации, тюремного заключения; 6) материальный ущерб, ограбление, кража; 7) межличностные конфликты, про-

блемы на работе с коллегами, сотрудниками; 8) проблемы на работе в связи с карьерой, увольнением.

Оказалось, что для мужчин и женщин стрессогенные факторы различны по своей «значимости». Проблемы, болезни, смерть близких, конфликты в семье и на работе с сотрудниками вызывают большее напряжение адаптационно-компенсаторной системы у женщин (23,5, 23,5 и 8,8% соответственно), чем у мужчин (6,6, 3,3 и 0%). У мужчин на первом месте по значимости находится стрессовая ситуация, связанная с прохождением воинской службы, сразу после демобилизации, выхода из тюрьмы – 39,6%. У них также выше процент стрессовых ситуаций, связанных с работой, карьерой, увольнением, – 16,5%, у женщин ниже (5,8%). Примерно равные места по значимости занимают болезни, операции, травмы самого индивида (26,4% у мужчин и 20,5% у женщин).

Таким образом, у женщин среди стрессогенных факторов, провоцирующих шизофрению, на первый план выходят проблемы в семейно-межличностной области жизни, а у мужчин – в социально-профессиональной. В случае уже развившегося заболевания клинический прогноз определяется в значительной степени характером болезни, в меньшей – психологическими и психосоциальными характеристиками. Распределение больных по социально-демографическим и клиническим показателям (пол, возраст манифестации процесса, уровень образования) оказалось статистически сопоставимым с данными других исследований, что позволяет предположить достаточную достоверность результатов настоящего исследования.

## «БИОРИТМ» ИЛИ «ПСИХОРИТМ»: К МЕТОДОЛОГИИ ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

С.Н. Стрельник

Самарский государственный медицинский университет

В последние годы отмечается рост интереса к хронобиологическим исследованиям психической патологии (Мосолов С.Н., 1994; Андрушкявичус С.И., 2006; Wirz-Justice A., 2007; Зимина

С.В., 2009 и др.). Однако остаются нерешенными многие вопросы самой методологии и инструментального обеспечения исследований временной организации психических расстройств.

Основными методологическими основаниями подобных исследований считаются несколько базовых положений. Отправной категорией является время – одна из координат пространства-времени, вдоль которой протянуты мировые линии физических тел, а также сознание (Черняков А.Г., 2001). В самом определении времени отмечено два важных момента: во-первых, неразрывная связь осей времени и пространства, во-вторых, отличие временной организации физического мира и сознания, не говоря уже о представлениях о наличии собственного времени в каждой из существующих в мироздании систем: астрономического, геологического, биологического и психологического (субъективного) времени и др. Современный инструментальный аппарат хронобиологических исследований берет начало с работ, в частности, Ф. Халберга и сотрудников его лаборатории (Халберг Ф. и др., 1968-1992). Их подход развит в ряде отечественных исследований (Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., 1988; Романов Ю.А., 1980, 2000 и др.). Цикличность времени позволяет отнести к базовым понятиям и основному предмету хронобиологии понятие «биоритм». В случае исследования психической патологии объектом становятся две принципиально отличные группы показателей и их временная организация: во-первых, это разнообразные биологические показатели, изменяющиеся при патологическом состоянии, во-вторых, собственно психическое состояние и его динамика, включая динамику рецидивов (Стрельник С.Н., 2006), или иное изменение психопатологических показателей во времени. Если для описания первой группы вполне адекватным понятием является «биоритм», то для второй по аналогии должно существовать понятие «психоритм» (Волкова Л.В., 1998 и др.). Второе понятие, однако, еще далеко от широкого в науке употребления. Варианты соотношения «биоритмов» и «психоритмов» при психической патологии могут быть различными: может наблюдаться соответствие некоторых биологических показателей психическому состоянию (например, определенное соответствие данных полисомнографии и клиники нарушений сна при депрессии). В другом случае



связь психопатологического параметра с конкретным биологическим «маркером» отсутствует, что обусловлено «интегративностью» клинических психопатологических проявлений, зависящих от сочетания множества биологических параметров (например, инфрадианный ритм рецидивирования депрессии). В последнем случае легче обнаруживается связь с колеблющимися параметрами внешней (экологической) среды как экологическими датчиками ритма: сезонная ритмичность, параметры геомагнитного поля, солнечная активность и др. (Стрельник С.Н., 2009), индивидуальное значение которых при психической патологии еще предстоит выяснить. При этом механизмы влияния конкретных экологических факторов остаются в основном невыясненными, что затрудняет создание адекватного методологического и инструментального аппарата изучения этих воздействий.

Итак, «психоритм» – редко употребляемое, но приемлемое понятие, методологически верно описывающее некоторые явления в психопатологии, включая периодический вариант динамики психопатологического состояния. Исследования биоритмической и психоритмической составляющих являются в равной степени значимыми и взаимно обогащающими друг друга направлениями хронобиологических исследований в психиатрии.

## ШИЗОТИПИЧЕСКИЙ ДИАТЕЗ – ШИЗОФРЕНИЯ: ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

И.В. Щербакова  
Московский государственный  
медико-стоматологический университет

Проблема раннего распознавания шизофрении особенно актуальна в детском возрасте ввиду особенностей клинической картины, обусловленных незрелостью психики. При этом наиболее серьезные трудности возникают при разграничении предболезненных состояний от уже начавшегося эндогенного процесса. Решение этой задачи тесно связано с выделением клинических и биологических предикторов заболевания. Оптимальной моделью для изучения субклинических донозоло-

гических расстройств являются дети, рожденные от больных шизофренией родителей. Проспективные и катамнестические исследования выявили у таких детей своеобразные клинические стигмы «генетического носительства» шизофрении – особый синдром тотального недоразвития нервной системы («нейро-интегративный дефект»), или «шизотипический диатез» (ШД). В настоящее время ШД относят к дизонтогенетическим стигмам предрасположенности к шизофрении, отражающим «патос» болезни. Однако анализ отдаленного катамнеза показал, что ШД не является нозоспецифическим предиктором шизофрении, поскольку в равной мере может трансформироваться также и в другие расстройства шизофренического спектра или компенсироваться до практического выздоровления. Преемственность между доклинической и клинической формами, с одной стороны, и возможность благоприятного прогноза, с другой, предполагают существование между нормой и болезнью переходных состояний, а соответственно, и вариабельность лежащих в их основе патофизиологических процессов.

Поиск биологических маркеров психического дизонтогенеза начался сравнительно недавно. Были получены данные о возможном вовлечении иммунологических механизмов в формирование нарушений развития нервной системы. В рамках данной гипотезы были изучены показатели иммунного статуса у детей с ШД в сравнении с детьми, больными шизофренией, и психически здоровыми (контроль).

У детей с ШД выявлена активация врожденного звена иммунитета в виде нарастания дегрануляционной активности нейтрофилов, а также уровней белков острой фазы воспаления в сыворотке крови относительно контрольных значений. Более того, один из показателей – дегрануляционная активность нейтрофилов – положительно коррелировал с тяжестью ШД (Щербакова И.В. и др., 2005, 2007). Аналогичные по величине и направленности изменения наблюдались и при шизофрении (Щербакова И.В. и др., 2003, 2005). Очевидно, что активация врожденного иммунитета формируется еще до манифестации заболевания, то есть предиспозиционно, и сохраняется при развертывании клинической картины болезни. Это позволяет рассматривать активацию врожденного иммунитета как «сквозной» ди-

зонтогенетический признак в континууме: ШД – шизофрения. Вместе с тем качественным отличием в иммунном статусе больных шизофренией детей явилась активация аутоиммунных реакций против нейроспецифических белков – увеличение уровня антител к фактору роста нервов и основному белку миелина в сыворотке крови.

Полученные результаты подтверждают представления о шизотипическом диатезе как предболезненном состоянии, отличным от нормы и текущего эндогенного процесса. Определение изученных иммунологических показателей у детей с шизотипическим диатезом, наряду с клиническим обследованием, может упростить решение сложных задач дифференциальной диагностики шизотипического диатеза и манифестных форм шизофрении уже на ранних этапах.

## **ДЕТСКАЯ И ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ**

### **ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ РЕБЁНКА И ФИКСИРУЮЩЕГО ВЛИЯНИЯ РОДИТЕЛЕЙ НА ЕГО ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ**

А. Альтшулер, А. Борохов

Детская психиатрическая клиника, Северный Округ,  
Кармиэль, Израиль

Огромное количество разнообразных стрессовых ситуаций может вызвать у ребенка острую психологическую травму. Закрепление (хронизация) симптоматики у детей зависит не только от характера и силы стресса, но и от индивидуальной чувствительности психики ребёнка, от стадии развития, в которой он находится, и от способа реагирования близкого окружения на травматические переживания ребёнка.

В данном исследовании нами были отобраны случаи острой, однократной травматической ситуации (первый тип травмы по L.S. TERR), с относительно благополучным преморбидом и без физических повреждений мозга. Мы исключили случаи сложных сочетанных травм (выраженные физические повреждения и

преморбид, осложнённый множественными душевными травмами – второй тип травмы по L.S.TERR), а также случаи сексуального насилия, физического насилия родителя и инцеста.

В исследовании изучались 33 ребенка в возрасте 7-11 лет (латентная стадия развития по З.Фрейду). В 8 случаях (24,2%) был диагностирован посттравматический стрессовый синдром, в 15 (45,5%) – нарушение адаптации с преимущественно эмоциональными нарушениями, в 7 (21,3%) нарушение адаптации проявлялось эмоциональными нарушениями и нарушениями поведения, в 3 (9,1%) – эмоциональными нарушениями и депрессивными симптомами (по критериям DSM-IV и ICD-10). Использовались стандартизованные, структурированные опросники страхов для диагностики выраженности тревоги и уровня эмоциональной регрессии под воздействием травмы.

Катамнестическое наблюдение составило 12-18 месяцев. Использовались истории болезни детей, пролеченных в детской поликлинике психического здоровья и в центре по реабилитации детей, перенесших травму во время второй Ливанской войны. Лечение проводилось с использованием когнитивно-поведенческого метода с обязательным участием родителей в процессе лечения. Использовались также нарративный метод (создание рассказов), внушение наяву, релаксация и эмоциональная разрядка. Процесс лечения был ограничен 10 встречами, две из которых отведены на консультирование родителей без присутствия ребёнка.

Результаты исследования позволили выделить несколько типов реагирования родителей на стрессовую реакцию ребёнка.

1. Адаптивный вариант реакции (8 случаев – 24,2%), когда родители способны понять и принять переживания ребёнка и своими действиями помогают ему справиться со стрессовой реакцией и вернуться к обычному для его сверстников поведению. В этих случаях с участием родителей процесс улучшения и выздоровления детей ускорялся. Таким образом, возможность фиксации и хронизации патологического процесса уменьшалась.

2. Реакция гиперопеки с повышенной тревогой обеих родителей за жизнь и здоровье ребёнка (5 наблюдений – 15,3%). Такие родители обостряют фиксацию травматических стрессовых

симптомов у ребёнка и тем самым усиливают у него черты зависимости в характере.

3. Реакция отрицания (DENIAL) (3 случая – 9,1%) – родители пренебрегают симптомами страдания ребёнка, утверждают, что их ребёнок, симулируя симптомы душевных страданий, манипулирует ими и окружающими людьми с целью вторичной выгоды. Такое отношение со стороны родителей усиливает симптомы травматической фиксации, а также симптомы тревоги расставания и углубляет регрессивную симптоматику.

4. Противоречивое реагирование по методу «кнута и пряника» выявлен в 3 случаях (9,1%). У родителей имелись черты неустойчивого характера, которые усиливались вследствие травмы ребёнка из-за тревоги за него и идентификации с его тревогой. В моменты усиления страхов и неадаптивного поведения ребёнка они реагировали повышенной критикой и раздражением, пытаясь контролировать таким образом собственное чувство бессилия. В последующем страдали от несправедливого отношения к ребёнку и уступали его болезненным требованиям. Такое противоречивое отношение ещё больше снижало самооценку ребёнка, усиливая его фиксацию на травме, закрепляя черты зависимости и неустойчивого, вспыльчивого поведения. На наш взгляд, это наиболее проблематичный вариант для лечения.

5. Смешанный вариант (14 случаев – 42,3%) – непропорционально гиперболизированное реагирование одного из родителей на переживания ребёнка или взаимопротивоположные реакции на стресс у ребёнка. Данный тип характерен тем, что влияние одного родителя на стрессовую реакцию ребёнка непропорционально усилено, а второй своим безучастием не компенсирует патологическое влияние доминирующего родителя. Во всех этих случаях требовалась психотерапевтическая коррекция родителей для уменьшения их несбалансированного влияния на ребёнка, чтобы уменьшить их фиксирующее воздействие на травматические переживания ребёнка.

– преимущественно один родитель проявляет гиперопеку – 5 наблюдений;

– преимущественно один из родителей отрицает наличие проблемы – 3;

– противоположные тенденции у родителей – 5;

– метод «кнута и пряника» проявляется у доминирующего родителя – 1.

Наше исследование носит пилотный характер, возможно, в дальнейшем мы сможем выделить и другие субварианты реагирования в соответствии с личностными особенностями родителей и их личным участием в стрессовой ситуации. Исследование было направлено на то, чтобы обратить внимание психотерапевтов, лечащих детей до 11 лет, перенёсших острое стрессовое состояние, на целесообразность привлечения родителей к лечению ребенка. По нашему мнению, при рациональном лечебном подходе такая тактика значительно сокращает время, требующееся для улучшения психологического состояния. Важно также отметить, что нередко и сами родители находятся в состоянии психологической дезадаптации, связанной с психологической травмой ребёнка. Поэтому совместный лечебный процесс улучшает и их душевное состояние, помогает осознанию своих собственных переживаний. В результате они лучше понимают внутренний мир ребёнка и помогают ему в преодолении травматических переживаний.

## НАРУШЕНИЯ СНА У СТАРШЕКЛАССНИКОВ

А.В. Голенков, Л.М. Иванова, Е.А. Сподина, Ю.Н. Малышкина  
Чувашский государственный университет, Чебоксары,  
Моргаушская центральная районная больница

Нарушения сна (НС) являются весьма распространенной патологией среди населения, причем часто они возникают на фоне начинающегося психического расстройства. Распространенность НС и их причины весьма вариабельна в разных популяционных группах.

**Цель исследования:** изучить эпидемиологию НС у старшеклассников Чувашии.

**Материалы и методы.** Обследовано 434 старшеклассника (мальчиков – 215, девочек – 219) республики, учащихся 9-11 классов школ г. Чебоксары (190), Мариинский Посад и района (106), с. Моргауши (134). В 9 классе учились 198 чел., в 10 – 75, в 11 – 161. Использовалась анкета нарушений сна (Вейн А.М. и

др., 1998). Математико-статистическая обработка проводилась с помощью корреляционного анализа.

**Результаты и обсуждение.** Объективные НС (по ответам опросника с оценкой в 1-2 балла) выявлялись у 51,6% старшеклассников. Нарушения засыпания обнаружены у 11,8%, короткий сон – у 7,8, частые пробуждения в течение ночи – у 5,6, множественные и тревожные сновидения – у 16,6, плохое качество пробуждения утром – у 34,1; плохое качество сна в целом отметили 3%. Одно из перечисленных НС имели 32% респондентов, два – 14,1, три – 3,9, четыре – 1,4, пять – 2,3 и шесть – 0,7%.

Опрошенные подростки спали ночью в среднем  $7,5 \pm 1,1$  часа (от 3 до 12 часов). Меньше 8 часов спали 46,8%. Только 35,7% ложились спать до 23 часов, 57,8% в промежутке от 23 до 24 часов и 6,5% после полуночи. Продолжительность сна оказалась связанной с оценкой его качества в целом и качеством утреннего пробуждения. Чем меньше респонденты спали, тем хуже были эти два показателя ( $p < 0,01$ ).

Субъективные НС (по самооценке) отметили 46,1%, эпизодически принимали снотворные препараты 5,3%. Эти расстройства были достоверно связаны с общей продолжительностью сна, временем отхода ко сну и временем засыпания (чем быстрее оно происходило, тем меньше было НС), количеством ночных пробуждений и сновидений, качеством сна и качеством утреннего пробуждения. Их причиной чаще всего являлись различные жизненные события, общая продолжительность сна, поздний отход ко сну. Погодные условия оказывали влияние на оценку качества сна. Пользование компьютером было связано с продолжительностью и временем отхода ко сну (у мальчиков чаще, чем у девочек).

У городских школьников НС встречались чаще ( $p < 0,01$ ) и было их в среднем больше ( $p < 0,01$ ), включая множественные сновидения и плохое качество утреннего пробуждения ( $p < 0,01$ ), у девочек и учеников 9 классов – частые пробуждения ночью. Особенно выделялись ученики лицеев (гимназий). У них НС было достоверно больше (в том числе множественных и тревожных сновидений, плохое качество утреннего пробуждения за счет позднего отхода ко сну). На развитие НС влияли пользова-

ние компьютером (у мальчиков, особенно городских) и болезнь (у девочек). Только 5,7% школьников не пользовались компьютером. В среднем они проводили за ним более 3 часов в день (от 0 до 10 часов). Анализ показал, что наличие компьютера достоверно снижало продолжительность ночного сна ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, у половины старшеклассников выявляются те или иные НС, обусловленные нарушением гигиены сна (Полуэктов М.Г., 2009) в форме эмоционально вовлекающей деятельности (пользование компьютером). Значительно сокращена продолжительность сна, отсутствует переходный период между активной деятельностью бодрствования и укладыванием в постель. Все это отражается на физическом и психическом здоровье подростков, на качестве усвоения школьной программы и в конечном итоге на интеллектуальном развитии подрастающего поколения республики.

## УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ АНОМАЛИЯМИ АУТОСОМ (СИНДРОМ ДАУНА)

Н.Ф. Гранадская

Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары

По статистике Всемирной организации здравоохранения, с диагнозом «синдром Дауна» рождается каждый 700-800-й младенец в мире. Это соотношение одинаково в разных странах, климатических зонах и социальных слоях. Генетический сбой происходит независимо от образа жизни родителей, их здоровья, привычек и образования.

Синдром возникает из-за процесса расхождения хромосом при образовании гамет (яйцеклеток и сперматозоидов), в результате чего ребенок получает от матери (в 90% случаев) или от отца (в 10% случаев) лишнюю 21-ю хромосому. У большинства больных синдромом Дауна имеется три 21-х хромосомы вместо положенных 2-х, в 58% случаев аномалия связано с присутствием не целой лишней хромосомы, а ее фрагментов.

В России чаще всего используется термин «болезнь Дауна». Некоторые специалисты утверждают, что существует даже два диагноза: болезнь Дауна и синдром Дауна, однако большинство



ученых считают, что это не болезнь, а именно генетическое нарушение, которое обуславливает особенности развития ребенка в раннем возрасте.

Целью настоящего исследования явилось определение сочетания хромосомной патологии с особенностями течения перинатального периода, психическое развитие ребенка, формирование социальной адаптации в последующем детей, страдающих синдромом Дауна.

В группе исследования было 36 детей до 18 лет, страдающих синдромом Дауна. Из них 0-14 лет – 33 (91,6%), 0-3 года – 6 (18,8%), 4-6 – 11 (33,3%), 7-14 – 16 (48,48%), 15-17 – 3 (8,33%). 33 больных (91,66%) проживали в городе (г. Чебоксары – 18 (54,5%), г. Новочебоксарск – 14 (42,4%), г. Канаш – 1 (3,2%); 3 больных (8,33 %) проживали в Алатырском районе.

21 девочка (58,3%), 15 мальчиков (41,6%). 1 больная (2,7%) имела сестру-двойняшку. Установлено, что если синдромом Дауна страдает один из однойцевых близнецов, то неизбежно болен и другой, а у разнотцевых близнецов, как у братьев и сестер, вероятность такого совпадения значительно ниже.

Из группы исследования 2 ребенка (5,5%) родились от 1 беременности, 12 (33,3%) – от 2 беременности, 14 (38,8%) – от 3 беременности, 8 детей (22,2%) родились от матерей, у которых было более 4 беременностей.

До 25 лет было 8 матерей (22,2%), от 26 до 35 лет – 10 (27,7%), от 36 до 45 лет и старше – 18 (50,0%). 32 матери (88,8%) имели патологическое течение беременности: угроза прерывания – 29 (90,6%), острая вирусная инфекция – 8 (22,2%), гипертоническая болезнь – 12 (37,5%), эндокринологическая патология (диффузный, эндемический зоб) – 3 (8,3%). Преждевременные роды наблюдались у 8 матерей (22,2%), оперативные роды – у 5 (13,8%).

Все дети отставали в психофизическом развитии: 32 ребенка (88,8%) начали сидеть после года, 30 детей (83,3%) начали ходить после 2 лет, фразовая речь появилась до 4 лет у 6 детей (16,6%), у 9 (25%) отсутствовала фразовая речь.

У всех обследованных детей не было наследственной отягощенности по синдрому Дауна. 30 детей (83,3%) имели патологию органов зрения: врожденная миопия высокой степени – у 12

(40,0%), врожденный горизонтальный нистагм – у 12 (40,0%), амблиопия слабой степени – у 6 (20,0%).

Из детей, страдающих синдромом Дауна, 21 ребенок (58,3%) имел разные формы врожденного порока сердца.

Все дети страдали умственной отсталостью разной степени.

- Умственная отсталость легкой степени наблюдалась у 5 детей (13,88%), посещавших специализированные образовательные учреждения (ДОУ, С(К)ОУ VIII вида),

- умеренной степени – у 16 (44,4%), из них 4 обучались в ДОУ С(К)ОУ VIII вида,

- тяжелой степени отмечена у 13 детей (36,11%), периодически посещали Центр реабилитации инвалидов,

- глубокой степени – у 2 детей (5,55%), неорганизованные.

Все дети являлись инвалидами с детства.

Таким образом, синдром Дауна нельзя считать наследственным заболеванием, т.к. при нем не происходит передачи дефектного гена из поколения в поколение, расстройство возникает на уровне репродуктивного процесса, вероятность рождения больного ребенка растет с увеличением возраста матери. Как и другие умственно отсталые дети их уровня, больные синдромом Дауна поддаются обучению бытовым навыкам, координации движений, речи и другим простым функциям, необходимым в повседневной жизни.

## ОПЫТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА И ИХ РОДИТЕЛЕЙ

О.Ю. Камакина

Городской центр психолого-медико-социального  
сопровождения, Ярославль

Проблема сохранения и укрепления здоровья детей является особенно актуальной на фоне социальной неопределенности, экономических преобразований, усугубления экологических проблем, морально-нравственной дестабилизации российского общества, кризисных тенденций, присущих институту семьи, и ухудшающихся показателей здоровья детского населения. Важ-

ную роль в формировании отношения к здоровью детей младшего школьного возраста играет микросоциальное окружение и, прежде всего, семья.

По определению Всемирной организации здравоохранения, «Здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов». Отношение к здоровью – система индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующих или, наоборот, угрожающих здоровью людей, а также определенная оценка индивидом своего физического и психического состояния (Никифоров Г.С.). Отношение к здоровью содержит следующие компоненты: когнитивный, эмоционально-волевой, деятельностный, ценностный.

Нами исследованы особенности отношения к здоровью детей младшего школьного возраста и их родителей. В исследовании приняли участие 360 детей и 373 родителя, классные руководители данных классов, медицинские работники школ №42 и №90 г. Ярославля. Представления детей о здоровье разнообразны и включают в себя представления о физическом, психическом, социальном благополучии, преобладают такие способы сохранения и укрепления здоровья, как благоприятная окружающая среда, двигательная активность, полноценный отдых.

Спектр эмоциональных переживаний достаточно широк, доминируют нейтральные образы, но большое количество детей ощущает сферу здоровья как сферу, в которой есть определенные трудности, в связи с чем ребенок испытывает тревогу, внутреннее эмоциональное напряжение, может проявлять агрессию. Низкие показатели действенного компонента отмечены по позициям: соблюдение режима питания, сна, труда и отдыха. Можно отметить, что к 4 классу у детей младшего школьного возраста значительно ухудшаются показатели оптимального режима труда и отдыха, эмоционального благополучия, но улучшается показатель социального благополучия (контакты со сверстниками).

При изучении особенностей отношения родителей к здоровью мы выявили, что имеет место несоответствие между реальной оценкой состояния здоровья ребенка и оценкой родителей.

В компетентности родителей в сфере здоровья существует значительная ориентация на способы сохранения и укрепления физического здоровья, недооценка способов сохранения и укрепления психологического и социального здоровья. Матери более компетентны в сфере здорового образа жизни, чем отцы. Здоровье ребенка является значимой ценностной ориентацией для родителей, однако, реальная значимость здоровья в иерархии ценностей у родителей невысока.

Итак, при планировании деятельности по формированию самосохранительного поведения детей младшего школьного возраста возможны следующие направления: повышение компетентности как детей, так и их родителей в сфере здорового образа жизни, особенно психического и социального благополучия; усиленная профилактическая деятельность в период окончания начальной школы; содействие актуализации дополнительных психологических сил и способностей родителей. Сфера здоровья своего ребенка является серьезным стимулом для осознания важности изменения родительского воспитания, стиля жизни семьи.

## СПЕЦИФИКА НАРУШЕНИЙ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ОЧАГОВЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПРАВОГО И ЛЕВОГО ПОЛУШАРИЙ МОЗГА В РАЗНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ ДЕТСТВА

Л.П. Лассан

Российский государственный педагогический университет  
им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург

До настоящего времени остается недостаточно изученным влияние фактора латерализации патологического процесса на когнитивные функции детей разного возраста, а также особенности этого влияния в зависимости от характера патологии головного мозга.

Проанализировано нейропсихологическое исследование 314 больных школьного возраста от 7 до 18 лет с локальной патологией полушарий большого мозга, из них у 144 пациентов патологический процесс находился в правом полушарии, у 170 – в

левом. По характеру патологии больные распределились следующим образом: 98 пациентов с арахноидальными кистами, 121 – с опухолевыми процессами, 95 – с патологией сосудов головного мозга (артериовенозными мальформациями, аневризмами), по латерализации поражения головного мозга: с арахноидальной кистой в правом полушарии 34, в левом – 64 пациента; с опухолью правого полушария 62, левого – 59; с сосудистой патологией правого полушария 48, левого – 47 больных. Во всех случаях диагнозы были верифицированы в ходе хирургического лечения, а также результатами компьютерной, магнито-резонансной и эмиссионно-позитронной томографии головного мозга.

Все больные были разделены на четыре возрастные группы: младший школьный возраст (7-9 лет), предпубертатный возраст (10-12), пубертатный возраст (13-15), старший школьный возраст (16-18 лет).

С целью исследования несформированности/нарушения письма, чтения, счета, экспрессивной и импрессивной речи (повторной речи, понимания логико-грамматических конструкций, номинативной функции речи), двигательной сферы (динамического праксиса, реципрокной координации), зрительного и тактильного восприятия, памяти, внимания использовались пробы из нейропсихологического набора для детей. Влияние фактора латерализации патологического процесса на когнитивные функции в онтогенезе проанализирован сравнением распределений частот нарушений при помощи точного критерия Фишера.

Левополушарные патологические процессы вызывали нарушения всех психических функций более часто, чем правополушарные, причем этот приоритет наиболее отчетливо проявлялся в младших возрастных группах; значимо чаще отмечались нарушения не только речевых функций, но и тактильного гнозиса и динамического праксиса.

Некоторое преобладание по частоте нарушений зрительного пространственного гнозиса при поражениях правого полушария становилось значимым только в 13-15 лет, что объяснялось состоянием зрительно-пространственной сферы у детей и длительным периодом формирования пространственных представлений в онтогенезе. В этой же возрастной группе правополу-

шарная патология значимо чаще, чем левополушарная, вызывала нарушения зрительного предметного и тактильного гнозиса.

С увеличением возраста наблюдалось уменьшение частоты нарушений ВПФ у больных как с левополушарной, так и с правополушарной патологией. В возрастной группе 16-18 лет отмечалась тенденция к снижению частоты нарушений всех психических функций, при этом нарушения чтения, письма, номинативной функции речи вызывали только левополушарные поражения.

Аналогичный анализ распределений частот нарушений психических функций в группах больных с лево- или правополушарными поражениями различного генеза показал, что различия в частоте нарушений в большей степени проявлялись при сосудистой патологии, затем при опухолях, в наименьшей степени – при кистах.

## ДИАГНОСТИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДОШКОЛЬНИКОВ КАК ЦЕЛЬ И КРИТЕРИЙ УСПЕШНОСТИ РАБОТЫ ДОУ

С.Ю. Малахова

Городской центр психолого-медико-социального  
сопровождения, Ярославль

В Концепции дошкольного воспитания ведущее место отводится решению проблем, связанных с охраной и укреплением здоровья детей. Многие дошкольные учреждения активизировали работу в данном направлении, отмечается поиск новых технологий здоровьесберегающей работы, внедряются различные оздоровительные программы для дошкольников.

Между тем проектирование условий воспитания и развития всегда начинается с анализа необходимой информации, средством которой становится диагностика. В подавляющем большинстве программ оздоровления детей в ДОУ встречается отслеживание индекса здоровья (врач ДОУ) и исследование физического развития дошкольников (инструктор по физической культуре и воспитатель ДОУ). Чем младше ребенок, тем более выражена взаимосвязь психологического и физического здоровья детей.

Специалистами неоднократно подчеркивалось, что оптимизация развития психологического здоровья будет позитивно складываться на физическом здоровье детей, а И.В.Дубровина ввела в научный лексикон термин «психологическое здоровье».

С нашей точки зрения, необходимо проводить комплексное обследование здоровья дошкольников, работа по оздоровлению детей в ДОУ должна базироваться на многофакторном анализе. Диагностика психологического здоровья является важнейшим этапом в реализации данного направления работы. Именно ее результаты определяют целесообразность и последовательность профессионально-педагогических действий преобразующего характера на последующих этапах.

В настоящее время нет готовых диагностик, позволяющих решить поставленную задачу, это, с одной стороны, осложняет нашу работу, а с другой – подчеркивает ее актуальность и важность. Представлялось значимым определить из числа факторов развития такие, которые бы активизировали и инициировали внутренние потенции детской личности, содействуя эффективному решению обозначенной проблемы.

Нами выделено 7 диагностических параметров: наличие резерва сил для преодоления стрессовой ситуации; преобладание эмоционального фона; тревожность; самооценка; благополучие в семье и в детском саду; взаимоотношения в группе сверстников. Исходя из этих параметров, мы разработали вариант диагностики психологического здоровья дошкольников, который можно использовать, начиная со средней группы детского сада. Он является достаточно компактным и включает следующие методики: методика «Лесенка» (Щур В.Г.), тест тревожности (Тэмпл Р., Дорки М., Амен В.), цветовой тест Люшера (вариант Ясюковой Л.А.), социометрическая игра «Секрет» (Репина Т.А.).

Для получения полной информации о психологическом здоровье ребенка и характере его личностно-социального развития мы использовали комплекс, состоящий из 46 методик различных авторов. Сложившаяся структура диагностических параметров не подвергалась изменениям. Эффективность разработки обеспечивалась обогащением и вариативностью содержательного наполнения основных параметров диагностики. Психолог ДОУ может самостоятельно осуществить выбор инструментария в

рамках заданных параметров, исходя из возрастных особенностей детей; целей, задач и вида диагностики; принципов сочетаемости и дополняемости; уровня профессиональной компетенции; временных и энергетических затрат.

В исследовании приняли участие 672 дошкольника в возрасте 4-7 лет, посещающих детские сады г. Ярославля. К работе были привлечены старшие воспитатели, врачи, инструктора по физической культуре и воспитатели детских садов. По результатам мониторинга сохранения и укрепления психологического здоровья выявлены особенности деятельности дошкольного учреждения и спланирована дальнейшая работа.

## АНАЛИЗ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММЫ У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Л.В. Мойсюк, М.Е. Сойникова, Е.И. Фролкова  
Детская республиканская больница, Петрозаводск

Задержка психического развития (ЗПР) – одна из наиболее распространенных форм психической патологии детского возраста. Психические нарушения при задержках психического развития проявляются в виде отставания развития различных сфер психической деятельности – моторной, познавательной, эмоционально-волевой, речи с раннего возраста вследствие замедления созревания соответствующих структур головного мозга.

Нами проанализировано 252 истории болезни пациентов с ЗПР. Из них 99 (39,1% случаев) явились ЗПР резидуально-органического генеза, 142 (56,5%) – ЗПР, обусловленные тяжелыми речевыми расстройствами, 5 (1,9%) – ЗПР в структуре искаженного психического онтогенеза, 6 (2,5%) – ЗПР, обусловленные нарушениями слуха. Мальчиков – 189 (75%), девочек – 63 (25%). Возраст пациентов 7-12 лет. Всем детям проведено обследование: сбор анамнестических сведений, анализ психического состояния, оценка неврологического, соматического статуса, патопсихологическое, логопедическое и нейрофункциональное обследования, осмотр окулиста, ЛОР, сурдолога и при наличии показаний – другими специалистами.



Практически у всех больных (99%) выявлен отягощенный перинатальный анамнез (внутриутробная гипоксия, недоношенность, патология родов и т.д.), у 7 больных (2,8%) – нейроинфекции в возрасте до 3 лет, у 4 (1,7%) – черепно-мозговая травма в возрасте до 3 лет. В психическом статусе выявлялись нарушения когнитивных функций, незрелость эмоционально-волевой сферы, неустойчивость аффективной сферы, недостаточность моторики, особенно мелкой. В неврологическом статусе отмечены остаточные явления перинатальной патологии (СВЧГ, пирамидная и сегментарная недостаточность). При психологическом обследовании по методике Векслера IQ находился в пределах 70-80. Для оценки патологических нарушений проводился анализ ЭЭГ. Картина ЭЭГ соответствовала норме только в 2% (5 пациентов), в 39% случаев (98 детей) отмечено нарушение формирования корковой ритмики в виде дезорганизации и замедления альфа-ритма, в 45% (113 детей) – смещение фокуса альфа-ритма из затылочных отведений в теменные. В 54% случаев (136 пациентов) зарегистрированы билатерально-синхронные колебания тета-диапазона в переднецентральных отведениях, усиливающиеся при функциональных нагрузках. В 35,3% случаев (89 детей) имела место пароксизмальная активность в виде регистрации разрядов высокоамплитудных билатерально-синхронных тета-волн, т.е. изменения, характерные для поражения срединных (диэнцефальных) структур мозга. У 6 детей (2,3%) выявлена генерализованная эпилептиформная активность в виде регистрации билатерально-синхронных комплексов острая-медленная волна, пик-волна. В 6,4% случаев (16 детей) зафиксированы признаки заинтересованности корковых структур передних отделов мозга в виде регистрации заостренных потенциалов в лобных отведениях.

Таким образом, изменения на ЭЭГ у детей с ЗПР указывают на функциональные изменения электрической активности корковых структур, дисфункцию срединных структур, нарушение корково-подкорковых взаимодействий. Изменения биоэлектрической активности у детей с ЗПР не являются специфичными и не могут служить основным критерием для постановки диагноза «задержка психического развития», в то же время отсутствие изменений на ЭЭГ не исключает данный диагноз.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ  
ХРОНИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИЧНОСТИ У ЛИЦ,  
ПЕРЕЖИВШИХ ЭКСТРЕМАЛЬНУЮ  
ПСИХОТРАВМИРУЮЩУЮ СИТУАЦИЮ  
В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Д.М. Мухамадиев

Международная Федерация Обществ Красного Креста  
и Красного Полумесяца, Москва

Актуальность изучения различных аспектов среднесрочных и отдаленных последствий влияния экстремальных психотравмирующих ситуаций на психическое здоровье человека не вызывает сомнений. Многочисленные исследования и повседневная практика наглядно свидетельствуют о наличии положительной корреляции ПТСР и расстройств адаптации у детей с состоянием их родителей как в остром, так и отдаленном периоде после длительной и глубокой психической травмы, перенесенной совместно с родителями.

Исследованы некоторые аспекты формирования хронического изменения личности 258 женщин после переживания катастрофы (МКБ-10, рубрика F 62.0) в детском и подростковом возрасте в период пребывания в очаге вооруженного конфликта в Таджикистане и последующего проживания в лагере беженцев (1992-1996 гг.).

Исследованием охвачена группа в возрасте до 20 лет, на момент возникновения психотравмирующей ситуации (вооруженного конфликта), пребывания в лагере беженцев исследуемые были не старше 12 лет, т.е. в предпубертатном и пубертатном периодах развития. Особое значение в формировании хронических изменений личности сыграло пребывание в лагере беженцев в период полового созревания, а также полная незащищенность, страх насилия, формировавшие у молодых девушек-подростков крайне негативную переработку указанной ситуации. Вербальная и семантическая переработка переживаний родителями и взрослыми членами семьи и недопонимание причин сложившейся ситуации подростком создавали патологическую почву для формирования хронических изменений личности.

Сходные состояния описаны у детей-узников концентрационных лагерей в период Второй мировой войны, которые обнаруживали патохарактерологическое развитие спустя несколько лет, после возвращения в нормальную мирную среду. Одной из наиболее выраженных особенностей формирования патохарактерологических изменений в подростковом возрасте являлось разнообразие реагирования несформировавшейся личности на длительное и глубокое психотравмирующее воздействие, что обуславливало полиморфность клинических проявлений патологических изменений личности. Так, у абсолютного большинства (213 чел., 82,56%) после возвращения отмечались симптомы депрессии. При отсутствии прямых жалоб на плохое настроение встречались такие косвенные симптомы, как бессонница, поверхностный сон с кошмарными сновидениями, отражающие в более старшем возрасте тематику пережитой психотравмирующей ситуации.

В 29 случаях (11,24%) обращали на себя внимание расстройства аппетита, аутизм, отсутствие увлечений, интереса к коллективным играм, к самообразованию. Немаловажное место в структуре патохарактерологического развития занимали асоциальные проявления (75 чел., 29,07%), обнаруживались неожиданные расстройства поведения (конфликтность с родителями и близкими, повышенная обидчивость, раздражительность, нетерпимость к мнению старших) на фоне указанных депрессивных проявлений. Практически у всех обследованных подростков отмечался страх пережитых психотравмирующих событий и сформировался синдром ожидания стресса с преобладанием ожидания тревоги и боязни повторения ситуации.

Таким образом, анализ особенностей формирования хронических изменений личности, обусловленный социокультуральной спецификой обследованного контингента женщин, диктует необходимость разработки специфических подходов к терапии и реабилитации этих больных с целью их скорейшей реинтеграции и восстановления активного социального функционирования.

## ХАРАКТЕРИСТИКА СЕМЕЙ ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

И.Е. Петрова

Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары

Довольно длительное время существовало мнение, что умственная отсталость (УО) возникает только при воздействии биологических вредных факторов и чаще всего имеет органическую природу. Однако многочисленные исследования последних лет показали, что к умственной недостаточности могут приводить и отрицательные микросоциальные, в первую очередь семейные условия, неблагоприятно влияющие на ребенка в раннем возрасте.

Целью данного исследования явилось изучение социальных характеристик семей детей, страдающих УО. Обследовано 86 семей, имеющих детей с УО, состоящих на динамическом наблюдении у детского участкового психиатра; 51 мальчик и 35 девочек в возрасте от 0 до 15 лет.

В структуре УО легкая степень (F 70) составила 76,8% (первая группа), другие формы (F 71-73) – 23,2% (вторая группа). У первой группы чаще наблюдался церебрастенический синдром – 27%; психопатоподобное поведение – 16,6; энурез – 13,6%. Во второй группе у 80% детей была диагностирована грубая сочетанная неврологическая симптоматика в виде парезов, параличей, эпилептиформных приступов, энуреза и энкопреза.

### Образование родителей детей с УО, %

Образование	I группа		II группа	
	Матери	Отцы	Матери	Отцы
Высшее	13,6	1,5	25	15
Среднеспециальное	16,6	22,7	35	30
Среднее	46,3	31,8	35	15
Неполное среднее	24,5	6,0	5	-

Как видно из таблицы, преобладает низкий образовательный уровень у родителей детей первой группы. Из них 6% матерей и

1,5% отцов работали служащими, хотя высшее образование имели 13,6 и 1,5% соответственно; 41% родителей выполняли неквалифицированную работу (уборщицы, дворники, грузчики); колхозники – 6% отцов. Около 40% родителей не имели постоянного места работы и жили на пенсионное пособие ребенка.

Следует отметить заинтересованность многих родителей у детей первой группы в обучении здоровых сиблингов в с(к)ОУ 8 вида с целью оформления инвалидности и получения ряда льгот.

Во второй группе уровень образования родителей значительно выше, в этиологии УО можно предположить грубое повреждение головного мозга в перинатальном и постнатальном периоде. В данной группе квалифицированным трудом были заняты 25% матерей и 35% отцов; 35% матерей находились по уходу за больным ребенком.

В первой группе в полной благополучной семье воспитывались 19,4%, полной неблагополучной – 13,1, неполной – 46, искаженной (семья с отчимом или мачехой) – 9, с опекунами – 4, с бабушками – 4, в интернатных учреждениях – 4,5% детей. В неполных семьях матери чаще не владели сведениями об отцах детей. Почти у всех детей имело место воспитание в неблагополучных условиях по типу гипопеки и эмоционального отвержения.

Во второй группе в полной благополучной семье воспитывались – 20%, полной неблагополучной – 25, неполной – 30, искаженной – 10, с опекунами – 5, с бабушками – 5, в интернатных учреждениях – 5% детей.

Низкий уровень материального обеспечения имели 52% семей детей первой группы, 21% второй группы. Злоупотребляли алкоголем – 17,4% родителей, матери были лишены родительских прав – 4,7, в местах лишения свободы находились 3,4% отцов. Большинство семей проживали в неудовлетворительных бытовых условиях: комнаты в общежитиях, частные неблагоустроенные дома (34,8%); занимали комнату в квартире (31%).

При сборе анамнеза, изучения медицинских документов раннего развития больных обращает внимание наследственная отягощенность идентичными заболеваниями у родителей – 31,3%, из них 5,8% имели инвалидность по психическим заболеваниям; со стороны сиблингов – 17,4, со стороны родственников – 8,1%.

Таким образом, в результате нашего исследования выявлено, что в семьях детей первой группы чаще преобладают низкий социальный статус и высокий процент наследственной отягощенности по данному заболеванию. Полученные результаты необходимо учитывать при организации и проведении реабилитационных и лечебных мероприятий с данным контингентом лиц.

## ЗНАЧЕНИЕ ВОСПРИЯТИЯ ВРЕМЕНИ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ПОДРОСТКОВ

Н.П. Петухова, Л.Ф. Литвинцева, Н.И. Любичева  
Центр планирования семьи и репродукции, Прокопьевск,  
Психиатрическая больница, Киселевск,  
Новокузнецкий институт усовершенствования врачей

За последние 15-20 лет соблюдение здорового образа жизни существенно сократило заболеваемость и смертность от ряда заболеваний. При этом средства профилактики, правила здорового образа жизни элементарны, но при современном ускоренном ритме жизни люди зачастую настолько заняты решением текущих проблем, что не заботятся о правильно сбалансированном рационе, о регулярных физических нагрузках, о полноценном отдыхе, об исключении вредных привычек, душевном комфорте и позитивном отношении к жизни. Для того чтобы взрослые люди имели привычку соблюдать законы здорового образа жизни, необходимо формирование здорового образа жизни с детства.

Мы исследовали восприятие времени у школьников старших классов, умение формировать желаемую цель и достигать ее как мотивационно-составляющие базиса здорового образа жизни. Группы состояли из 12 чел., возраст – от 14 до 15 лет.

Исследование проводилось с помощью разработанной нами «Анкеты для школьников по исследованию умения формировать желаемую цель» во время первого группового занятия. Вопросы задавались на определение восприятия времени, структурирования школьниками временных промежутков, ощущения временной перспективы, кем хотят быть в будущем и почему. С основной группой проведены 2 серии последующих групповых

тренингов по 5 встреч каждая, на которых состоялось ознакомление с комплексом упражнений. Подростки контрольной группы посетили 2 консультативные встречи с периодичностью в месяц.

Внимание уделялось развитию понятийного аппарата школьников, развитию способности управлять своим временем жизни, осознанию бессмысленности трат времени на некоторые виды деятельности, повышению толерантности к ощущению дефицита времени как важным компонентам стрессоустойчивости, профилактике «острой личностной недостаточности» современного человека.

Личность, как известно, есть производное от трех временных перспектив человеческого развития – ближней, средней и дальней (Лосев М.Ф., 1998). Ближняя сводится к ориентировке в быстroteкущей каждодневности. Средняя состоит в определении ключевых областей применения своих талантов, сил, способностей. Дальняя перспектива – это цель, к которой человек стремится, смысл жизни. Подростков учили умению решать, что является важным, а что – второстепенным, планировать время, изменять порядок и последовательность дел. Дети отмечали, что такой навык способствовал появлению чувства контроля за происходящим и ощущения перспективы, умения ограничивать себя, противиться отвлекающим «пустякам», и, тем самым, быть более целеустремленными, активными и результативными.

Через четыре месяца с целью отслеживания результата проделанной работы проведено повторное анкетирование. Дети, прошедшие тренинг, меньше болели, улучшили показатели учебы, стали свободнее общаться в школе, начали посещать дополнительные занятия по подготовке к ГИА и ЕГЭ, все указывали на улучшение во взаимоотношениях с родителями. Из детей, не прошедших тренинг, только в 8% отмечались позитивные изменения в обучении и общении.

Таким образом, мы считаем, что в современных условиях развитие у подростков способностей управлять своим временем, умения ставить конкретные цели, осознания перспективы своего развития дает основу нового здорового образа жизни, снижения риска заболеваний и обеспечения оптимального психического и физического здоровья.

## ДЕСТРУКТИВНОСТЬ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ДЕПРЕССИВНЫХ НЕВРОЗОВ У ДЕТЕЙ

О.А. Пчельникова, Ю.М. Пчельников,

В.Т. Лекомцев, И.С. Дьячкова

Ижевская государственная медицинская академия,  
Республиканская клиническая психиатрическая больница,  
Ижевск

Кражи отнесены к деструктивной форме проявления агрессии, поскольку, в соответствии с определением немецкого психиатра Г.А. Амона (1990), при воровстве «имеет место прямое, связанное с нарушением морально-этических норм, проявление агрессии, а также разрушение и деформация отношений с окружающими». Один из вариантов деструктивного поведения – воровство при депрессивных расстройствах (ДР) невротического уровня у детей в возрасте от 7 до 12 лет изучено недостаточно.

Обследовано 47 учащихся общеобразовательных школ (14 девочек и 33 мальчика). Использовались клинико-психопатологические методы исследования, оценка неврологического и соматического статуса. Поводом для обращения к психотерапевту послужило совершение ребенком одной либо нескольких денежных краж у родителей или ближайших родственников.

У всех детей выявлялся аффективный компонент депрессии, который был представлен подавленным, иногда угрюмо-мрачным настроением, в двух случаях достигавшим степени тоски. Наряду с раздражительностью, вспыльчивостью, грубостью наблюдались повышенная ранимость, обидчивость, капризность, плаксивость, дети выглядели грустными, не проявляли жизнерадостности, жаловались на скуку, теряли интерес к своим прежним занятиям. Отмечалась повышенная чувствительность к незначительным фрустрирующим ситуациям. Ярко показательной была социальная ситуация развития. Родители всех 47 детей характеризовали семейный достаток как средний и выше среднего. По их словам, у ребенка «было все необходимое и даже гораздо больше». Среди семейных ценностей при изучении семейной мифологии был выявлен приоритет материального достатка и финансовой стабильности. В 39 семьях один или оба родителя



работали на нескольких работах. Их рабочая неделя насчитывала более 60 часов. Созданный дефицит времени приводил к тому, что детско-родительское общение сводилось к жесткому, требовательному контролю со стороны родителей. В 6 семьях отец фактически отсутствовал, в остальных семьях наблюдалось «эмоциональное отсутствие отца». Отстраненность отца с доминированием в родительских установках либерально-попустительского стиля, интерес отца лишь к внешним проявлениям успешности – оценкам ребенка компенсировались авторитарно-доминирующим стилем воспитания матери. Предъявление повышенных требований к учебе вступало в конфликт со снижением успеваемости, несмотря на значительное удлинение времени на подготовку домашних заданий, с частыми отказами от учебы. В рамках ДР ослабевали мотивационные установки на учебу, появлялись рассеянность внимания, моторная заторможенность, медлительность, общее снижение продуктивности интеллекта. Следующие за этим воспитательные санкции по типу порочного круга еще больше усугубляли состояние депрессивного ребенка, приводили к формированию низкой самооценки, к уходу социальных контактов и возникновению рудиментарных идей самообвинения. При отсутствии явных суицидальных мыслей и действий фабула переживаний, тем не менее, включала тему смерти, желание уйти, вырваться из действительности. Фрустрация базовых детских потребностей в любви и привязанности родителей и невозможность удовлетворить их естественным путем вынуждали детей привлекать к себе внимание в суррогатных формах кражей денег, которые в их семьях были символом статуса, силы и ощущения благополучия.

Наше исследование соответствует данным литературы о патоморфозе клинической картины ДР у детей. На первый план выходят поведенческие нарушения, нередко деструктивно-агрессивного характера. Выявление подобного поведения у школьников должно настораживать клиницистов, психологов, педагогов, социальных работников в отношении наличия ДР.

## ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СЕМЬЕ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КРОВИ

О.В. Хорошавина, В.И. Багаев

Кировская областная клиническая психиатрическая больница  
им. В.М. Бехтерева,  
Кировская государственная медицинская академия

**Целью** данного исследования было проведение социально-психологического обследования семей, воспитывающих ребенка-инвалида с заболеваниями крови в зависимости от условий жизни, состава, социального положения, а также психического здоровья родителей и детей.

**Материал и методы.** Социально-психологическая диагностика семей проводилась в Центре по лечению гемофилии Кировского НИИ гематологии и переливания крови. Длительное катамнестическое исследование 328 детей от 1 года до 17 лет показало высокий процент и широкий спектр психических расстройств в отдаленном периоде. В дошкольный период психические расстройства были у 48% детей, в младшем школьном возрасте – у 85,4, в старшем школьном – у 62,9, в подростковом – у 70,5%.

Обследовано 13 родителей и 48 детей школьного возраста. Для диагностики использовался социологический опросник, клинико-психопатологический метод, а также клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (Яхин К.К., Менделевич Д.М.), шкала семейной адаптации и сплоченности для семей с детьми.

**Результаты.** Среди обследованных детей выделили группу (3 чел.) с врожденными заболеваниями (гемофилия А) и приобретенными (тромбоцитопеническая пурпура и лейкоз) (8 чел.). Соответственно, группа инвалидности в первом случае была определена в возрасте до года, во втором – после благоприятного периода жизни и развития ребенка. У всех детей было нормальное интеллектуальное развитие. У детей с гемофилией отмечались удовлетворительные отношения с родителями, тогда как у большинства детей (80%) с приобретенными заболеваниями вы-

явлены конфликтные и зависимые отношения между ребенком и родителями.

Основная часть родителей (85%) имеет среднее и среднее специальное образование, остальная – высшее (15%). Родители детей из первой группы трудоустроены не по специальности, так как большую часть времени вынуждены проводить с больным ребенком. Большинство родителей из второй группы трудоустроены и работают по специальности. В полных семьях воспитываются 90% обследованных детей. Большинство взрослых расценивают отношения в семье как хорошие (83%). В семьях детей с гемофилией наблюдается достаточная семейная сплоченность (разделенная и связанная). Во второй группе у 50% семей показатели сплоченности на уровне нормы, а каждая вторая семья имеет недостаточную сплоченность (разобщенную и сцепленную), которая проявляется крайними вариантами взаимоотношений в семье: от полного равнодушия друг к другу до симбиотических отношений между членами семьи.

Устойчивая социальная адаптация (структурная, гибкая) выявлена у 5 родителей из второй группы, неустойчивая (хаотичная) – у 8 чел.

По типу воспитания в первой группе отмечена гиперопека, во второй – преобладание гиперпротекции и противоречивое воспитание. Во второй группе у половины родителей зафиксированы психологические проблемы в виде фобии утраты и воспитательной неуверенности. Почти все родители второй группы впоследствии имели постоянные переживания в связи с болезнью ребенка, что проявлялось в виде функциональных соматоформных жалоб.

Для родителей первой группы наличие врожденного заболевания ребенка является хронической психотравмой, приводящей к снижению качества жизни, что в свою очередь влияет на взаимоотношения в семье и воспитательный процесс.

Таким образом, при длительных соматических рецидивирующих заболеваниях детей у родителей имеется широкий спектр расстройств в психическом состоянии и нарушений во взаимоотношениях в семье.

## ПОДРОСТКОВЫЙ СИНДРОМ «ЛИШЕНИЯ РОДИТЕЛЬСКОЙ ОПЕКИ»

Л.Н. Юрьева, Э.И. Гура  
Днепропетровская государственная медицинская  
академия, Украина

Достаточно часто социальные изменения в государстве приводят к появлению принципиально новых или актуализации исторически значимых социально-психологических и клинических феноменов. Именно к таким феноменам следует отнести психиатрический синдром, который специфически возникает у подростков, лишенных родительской опеки. По данным министра по делам семьи, молодежи и спорта Украины Ю.Павленко, в 2008 г. на Украине насчитывалось 102924 ребенка, лишенных родительской опеки (численность населения к концу 2008 г.  $\approx$  46,129 млн чел., Статкомитет). По данным директора Департамента государственной политики в сфере воспитания, дополнительного образования и социальной защиты детей А.А. Левитской, в России на 2008 г. было 115627 детей-сирот (численность населения на 01.01.2008 г.  $\approx$  142 млн чел., Статкомитет). Именно поэтому решение проблемы детей-сирот считается первоочередной задачей государства.

С 2004 по 2010 г. нами были проведены психиатрические и наркологические консультации в детских поддерживающих заведениях г. Днепропетровска (Украина). Во время консультаций было обследовано 162 подростка, лишенных родительской опеки. На разных этапах исследования использовались клинические методы изучения проблемы и батарея психометрических методик, состоящая из 15 психологических тестов, позволяющих оценить различные медико-психологические последствия проблемы лишения родительской опеки в подростковом возрасте.

Исследования свидетельствуют о том, что в результате утраты семьи у подростков возникают специфические психиатрические проявления, которые не укладываются в достаточно жесткое ложе классических диагностических заключений. Все они связаны между собой и имеют единый механизм развития. У подростков диагностируются тревожные и аффективные расстройства (F3-4), расстройства социального поведения (F91-92),

зависимости от психоактивных веществ (F10-19), психосоматические расстройства, патология подростковой личности. Для описания специфического клинико-психопатологического и медико-психологического состояния больных нами введено понятие «синдрома лишения родительской опеки».

Синдром «лишения родительской опеки» – проявление психических, поведенческих, наркологических, психосоматических, личностных последствий материнской и отцовской депривации в подростковом возрасте.

Психическое расстройство более чем у 90% детей сопровождается стойкими девиациями поведения. Клиническая депрессия диагностируется более чем у 40% детей, невротические расстройства выявлены более чем у 35%, сочетанные злоупотребления алкоголем и никотином более чем у 80%, злоупотребления легучими веществами более чем у 25% детей. Патология личности диагностирована более чем у 60% детей. Чаще всего сопровождается проблемами внутреннего контроля, дефицитом совести и морали (дефект Супер-Эго).

В зависимости от преобладающих внешних проявлений синдрома «лишения родительской опеки» подростки попадают в сферу компетентности различных государственных служб (антисоциальное поведение – правоохранительные органы; психические проявления – психиатрия; употребление психоактивных веществ – наркология; психологические конфликты – психология; психосоматика – педиатрия). При проведении психокоррекционной работы с подростками целесообразно использовать междисциплинарный подход, который препятствует смещению психических последствий лишения родительской опеки из одной сферы компетенции в другую. Нами разработана пошаговая программа реабилитации подростков с проявлениями синдрома «лишения родительской опеки».

## ГЕРОНТОПСИХИАТРИЯ

### ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЛЕГКИХ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

И.В. Боев, О.И. Боев, К.С. Небытов, С.Н. Каракова  
Ставропольская государственная медицинская академия

Характерной тенденцией современного общества в большинстве развитых стран мира является увеличение продолжительности жизни и связанное с этим повышение в структуре населения доли лиц пожилого и старческого возраста, однако и у лиц в наиболее работоспособном возрасте (35-55 лет) нарастают признаки легких когнитивных нарушений (ЛКН).

**Цель исследования:** раннее выявление в общей популяции населения лиц с ЛКН.

**Материалы и методы.** В эмпирическом исследовании приняло участие 228 испытуемых, в экспериментально-психологическом и психофизиологическом – 134. Составлено 2 группы: 1 – 70 больных с экзогенно-органическим поражением мозга, дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ); 2 – 64 условно здоровых лиц. Математический анализ – кластерный, дискриминантный.

**Результаты** настоящей части исследования указывают на возможность достоверного разграничения больных с ЛКН, обусловленных ДЭ, и условно здоровых лиц. В группе больных с ДЭ наблюдались ЛКН в виде снижения устойчивости внимания – больные ввиду когнитивного нарушения не могли долго удерживать (устойчивость) внимание на задании. Кратковременная слухоречевая память как у больных, так и у лиц 2 группы находилась в диапазоне нормы, однако показатель кратковременной и промежуточной зрительной памяти у больных ниже, несмотря на больший числовой показатель за счёт увеличения времени на прохождение задания и повышенной концентрации внимания как компенсаторного механизма формирующихся когнитивных нарушений. За счёт наблюдаемого компенсаторного механизма у больных с ДЭ снижена динамика мышления (скорость переработки информации). В результате снижения динамики мышле-

ния у них отмечено снижение конструктивной функции, что приводило к трудностям их адаптации в стрессовых ситуациях и при межличностных отношениях.

При исследовании беглости речи обнаружено сокращение называемых слов за счёт компенсаторного механизма при активизации ЛКН. По сравнению со 2 группой у больных 1 группы наблюдался более высокий уровень селективности мышления, однако, как следствие данной компенсации, снижалась беглость речи.

Таким образом, результаты дифференциального психолого-математического кластерного анализа двух сравниваемых групп на доказательном уровне отчётливо указывают на возможность построения дифференциально-диагностической модели разграничения больных с ДЭ и ранними признаками ЛКН от условно здоровых лиц. Полученная модель дифференциации на высокодостоверном уровне (от  $p < 0,00002$  до  $p < 0,02$ ) позволяет различить больных и условно здоровых по следующим патопсихологическим маркерам: шкала 1 – концентрация внимания соответственно 5,6 и 3 ( $p < 0,00005$ ), 2 – устойчивость внимания 6 и 6,6 ( $p < 0,009$ ), 4 – кратковременная зрительная память 7,1 и 5,2 ( $p < 0,0004$ ), 5 – промежуточная зрительная память 5,73 и 4,43 ( $p < 0,02$ ), 10 – динамика мышления 5,46 и 6,66 ( $p < 0,02$ ), 11 – конструктивная функция 3,93 и 6,06 ( $p < 0,00002$ ), 13 – селективная функция 6,3 и 4,93 ( $p < 0,003$ ), 14 – беглость речи соответственно 4,6 и 6,2 ( $p < 0,007$ ).

Настоящие результаты исследования имеют существенное значение не только в психиатрии, неврологии, но и в военной медицине при обследовании военнослужащих, участвовавших в боевых действиях, что дает основание для ранних реабилитационных мероприятий с использованием современных восстановительных технологий.

## АКТУАЛЬНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ ЛЕГКИХ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

О.И. Боев, К.В. Небытов

Ставропольская государственная медицинская академия

Проблема когнитивных расстройств признается одной из наиболее актуальных и значимых с медико-социальной точки зрения. Интенсификации исследований по данной проблеме способствовали успехи нейронаук, позволившие внедрить новые технологии нейровизуализации, экспериментальных исследований когнитивных процессов, иммуногистохимического и ультраструктурного анализа «материального» субстрата когнитивной сферы, а также установить ряд ключевых молекулярных механизмов памяти и других познавательных функций, наконец, внедрить в практику новые препараты с прокогнитивным и нейропротекторным потенциалом. В зависимости от тяжести когнитивные нарушения разделяются на легкие, умеренные и тяжелые. Легкие когнитивные нарушения (ЛКН) – это самые первые субъективные симптомы, не оказывающие влияния на повседневную активность, однако разделяющие состояния условной нормы от предболезни. Одной из целей выделения умеренных когнитивных нарушений в качестве самостоятельной формы патологии явилась необходимость раннего выявления пациентов с ЛКН, прогностически имеющих повышенный риск трансформации в деменцию.

Помимо «смешанных когнитивных нарушений», обусловленных нейродегенеративными и сосудистыми заболеваниями головного мозга, причинами ЛКН могут быть дисметаболизм мозга, черепно-мозговая травма, нейроинфекция, опухоли головного мозга, нормотензивная гидроцефалия, демиелинизирующие заболевания и иные причины.

Нас интересуют нарушения памяти, связанные не с процессом нормального старения, а у лиц работоспособного возраста – 35-55 лет. Участники боевых действий, представители различных региональных элит (экономической, творческой, военной, политической) стали на субъективном уровне высказывать опасения по поводу собственных когнитивных возможностей, что



не может не вызывать медико-психологического беспокойства. Следует подчеркнуть, что ЛКН рассматривается не как диагноз, а как концепция с соответствующими диагностическими критериями, которые периодически уточняются. С теоретической точки зрения понятие «ЛКН» представляется перспективным, помогая изучить и понять закономерности формирования патогенетических звеньев, что может открыть новые подходы к первичной и вторичной профилактике ЛКН и деменций в целом.

По данным наших исследований, у больных в возрасте 35-55 лет с дисциркуляторной энцефалопатией и у участников боевых действий, которые перенесли закрытые черепно-мозговые травмы, кроме перманентного боевого стресса, ЛКН проявляются снижением концентрации внимания и нарушениями кратковременной памяти, которые сопоставимы с результатами других исследователей. Всегда отмечались субъективные переживания, связанные с памятью, вносящие чувство дискомфорта, нарушающие качество жизни с появлением негативных прогностических переживаний, экстраполирующихся в будущее.

Следует отметить, что предложенные для диагностики ЛКН нейропсихологические шкалы должны быть валидизированы по отношению к додементным когнитивным нарушениям, например, тест слухоречевой памяти Рея, тест избирательного запоминания Бушке, «логическая память» Векслеровской шкалы памяти. Для адекватной постановки диагноза нередко бывает необходимым динамическое наблюдение за пациентом с проведением повторного нейропсихологического обследования. Для дифференциального диагноза синдрома ЛКН и возрастной когнитивной дисфункции существенным является анализ структуры нарушений памяти – нарушения воспроизведения заученного материала.

# КЛИНИКО-НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПСЕВДОРГАНИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ДЕБЮТОМ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

П.О. Бомов

Оренбургская государственная медицинская академия

В связи с отчетливыми изменениями возрастного состава общего населения в сторону старших возрастных групп и, по-видимому, связанной с этим нарастанием доли психически больных пожилого и старческого возраста, изучение гериатрических аспектов психиатрии становится все более важной и необходимой задачей. Вторым по распространенности типом дефекта у больных поздней шизофренией после апато-абулического является псевдоорганический. Учитывая возраст обследуемых больных (после 45 лет), распространенность данного дефекта в этой группе довольно высока, и нам представляется актуальным его изучение с позиций дальнейшей реабилитации данного контингента пациентов.

Целью исследования стало выявление особенностей нарушений высших корковых функций у больных шизофренией с дебютом в позднем возрасте с псевдоорганическим типом дефектного состояния.

Обследовано 25 пациентов обоего пола (22 женщины и 3 мужчин) в возрасте от 45 до 60 лет с длительностью процесса от 2 до 10 лет, которые страдали параноидной или кататонической формами шизофрении с непрерывным или приступообразным типами течения. На момент обследования у всех больных отсутствовала какая-либо продуктивная психопатологическая симптоматика (состояние стойкой или нестойкой ремиссии), дефицитарные расстройства были легкой (5 больных), умеренной (12) и тяжелой (8) степени. Использовались клинико-психопатологический, патопсихологический, нейропсихологический и статистический методы.

Преобладали нарушения со стороны ассоциативной и эмоциональной сфер, несколько в меньшей степени была выявлена заинтересованность волевой сферы. У 63,6% этих пациентов

симптомы соответствовали второму рангу, у остальных глубина расстройств достигала третьего ранга. При нейропсихологическом исследовании нарушения высших психических функций отличались генерализованностью, грубыми регуляторными расстройствами. Выявлено, что больные из группы контроля демонстрировали достоверно худшие результаты ( $p < 0,05$ ) в пробах на экспрессивную и импрессивную речь, слухоречевую и зрительную память, отсроченное воспроизведение предложений и рассказов, праксис, оптико-пространственный гнозис, чтение, мышление. У 100% больных обнаружены признаки дисфункции конвекситальных отделов (теменно-затылочных и височных) с преобладанием левополушарной патологии. Нейропсихологическое исследование позволило определить, что данный симптомокомплекс возникает при поражении префронтальных конвекситальных образований лобных долей и подкорковых ганглиев в сочетании с дисфункцией конвекситальных теменно-затылочных и височных отделов мозга. Было установлено, что уже после первого приступа, особенно затяжного, у больных поздней шизофренией можно выявить клинические признаки данного дефектного состояния. Полученные результаты будут способствовать разработке адекватных реабилитационных программ (включая, в большей мере, тренинг когнитивных и социальных навыков) больных с дебютом шизофрении в позднем возрасте.

## ИДЕНТИФИКАЦИЯ ФАКУЛЬТАТИВНЫХ СИМПТОМОВ ПОЗДНИХ ДЕМЕНЦИЙ В УСЛОВИЯХ ПРОВЕДЕНИЯ ГРАЖДАНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ

М.В. Жмудь, Б.Е. Потемкин, А.П. Сиденкова  
Свердловская областная клиническая психиатрическая  
больница, Екатеринбург  
Уральская государственная медицинская академия,  
Екатеринбург

Особенности современной социальной ситуации актуализируют акцент исследовательского интереса в отношении поздних психических расстройств в судебно-психиатрической практике.

Патоморфоз психических расстройств позднего возраста, требования современного законодательства, высокий уровень расхождений направительных и экспертных диагнозов обуславливают потребность в изучении особенностей психического функционирования пожилых лиц с когнитивными нарушениями, участвующих в гражданских процессах. Специалистами отделения амбулаторной гражданской судебно-психиатрической экспертизы Свердловской областной клинической психиатрической больницы и кафедры психиатрии факультета повышения квалификации Уральской государственной медицинской академии проведено ретроспективное выборочное клинико-статистическое исследование случаев по факту экспертизы сделки и дееспособности в отношении лиц старше 60 лет с деменциями. Отобрано 60 экспертных заключений с установленным диагнозом «Деменция». Степень выраженности деменции определялась с помощью «Общей шкалы оценки выраженности когнитивных нарушений» (Global Deterioration Scale, GDS). У подавляющего большинства испытуемых деменция достигла степени умеренных-тяжелых-очень тяжелых нарушений (5-7 баллов по GDS) – 85%, негрубые и умеренные нарушения выявлены у 15% обследованных. Применение «Нейропсихиатрического опросника» (NPI) позволило определить факультативные психопатологические феномены в структуре дементных состояний. Наиболее частыми дополнительными симптомами в общей группе исследования были аффективные нарушения, представленные раздражительностью (41,5%), сниженным настроением (26,5%), ажитацией (20%), тревогой (13,5%), у четверти пациентов нарушение двигательной активности, у 23,5% – нарушения сна, психотические расстройства; бред, нарушения восприятия присутствовали у 26,5 и 23,5% больных соответственно. Согласно психопатологической классификации деменции простое слабоумие зафиксировано у 40% (24 чел.), галлюцинаторно-параноидное – у 53,3 (32), психопатоподобное – у 6,7% (4). Практически все дополнительные симптомы (за исключением апатии) выявлялись при очной экспертизе – от 80 до 100%. При проведении заочной и посмертной экспертизы дополнительные симптомы обнаруживались не более чем в 20% случаев, что подчеркивает «условную» достоверность и неточность диагностики при заоч-

ных экспертизах и определяет необходимость более тщательной подготовки к проведению СПЭ. Выявлено, что при деменции Альцгеймеровского типа чаще встречаются депрессивная симптоматика и расстройства сна (в 33% случаев), нередкими являются бредовые симптомы, тревога, агитация или апатия (в 22% случаев). При сосудистой деменции преобладают эмоциональная лабильность (50%), расстройства сна (36%), галлюцинации (23%). При деменции в связи со смешанными заболеваниями и при неуточненной деменции преобладают бредовые симптомы (30 – 66,5%), галлюцинации и депрессивные симптомы (25 – 33%), эмоциональная лабильность (33 – 40%). Оценивалось значение дополнительных симптомов для идентификации состояния как болезненного. Окружение пациентов обращало внимание на собственно когнитивные нарушения в 23% случаев, высказываемые больными болезненные идеи идентифицировались родственниками как болезненные в 40% случаев, гипотимию как расстройство они воспринимали в 37%, расстройства пищевого поведения – в 33% случаев. Такой характер идентификации болезненных проявлений указывает на то, что именно данные симптомы определяют нарушение адаптации и нагрузку на окружающих, заставляя их активно обращаться за медицинской помощью для своих болеющих родственников.

Таким образом, выявлена недостаточная диагностика дополнительных симптомов деменции. Окружение пациентов достоверно чаще идентифицировало разнообразные психопатологические феномены как болезненные только в случае их высокой дезадаптирующей активности (галлюцинации, аффективные нарушения), при этом выявлялось низкое первичное распознавание когнитивных нарушений всех степеней выраженности. Мы считаем важной ориентацию диагностики деменции на суммарную оценку структуры синдрома когнитивного расстройства.

## ПСИХОГЕННЫЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАТЯЖНЫХ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

П.Б. Крысенко, В.Г. Заика, В.В. Арапов  
Ростовский медицинский университет,  
Аксайский филиал психоневрологического диспансера  
Ростовской области

Изучение особенностей формирования психопатологических расстройств у лиц пожилого возраста представляется весьма актуальным с учетом современной демографической ситуации, роста числа этих больных и трудностей социальной адаптации. Процесс старения и связанные с ним психофизиологические изменения в организме приводят к снижению адаптационных возможностей человеческого организма.

Целью исследования явилось изучение роли психогений в формировании структуры и динамики психических расстройств у пожилых больных.

Обследовано 45 пациентов (средний возраст –  $67,5 \pm 12,8$  года), из них органическими заболеваниями головного мозга страдали 24 чел., депрессивными расстройствами – 21.

Психотравмирующие жизненные события (смерть супруга или детей, развод, нежеланная перемена места жительства, одиночество и т.д.) наиболее часто предшествовали развитию эпизодов тревожной, тоскливой или слезливой депрессии. Обнаружено, что влияние психотравмирующих событий в пожилом и старческом возрасте наиболее часто проявлялось при органическом эмоционально лабильном (астеническом) расстройстве церебрально-сосудистого генеза. Нарастающая ригидность личности повышала ее уязвимость в отношении психогенных факторов. Больные с депрессивным аффектом были фиксированы на неблагоприятных жизненных обстоятельствах, одиночестве. При высоком уровне самосознания они в большей мере осознавали трудности своего положения, пессимистически оценивали будущее. Больные с эйфорией, в отличие от этого, меньше контролировали свое поведение, были назойливыми, конфликтовали с больными и персоналом. Преобладающим психическим

расстройством являлось органическое расстройство личности, клинические признаки которого отмечались в 16 случаях (35,5%). Постинсультные депрессии (17,8%) часто обнаруживали терапевтическую резистентность к монотерапии антидепрессантами.

Духовные кризисы и моральные травмы, связанные с проявлениями жестокости со стороны близких людей, были причиной суицидальных попыток (11%) и завершенных суицидов (2%). При катamnестическом обследовании у 14% больных первичный психиатрический диагноз был изменен на рекуррентное депрессивное расстройство или деменцию. Психические расстройства сосудистого генеза в исследуемом материале в целом отличались волнообразным течением, «мерцанием» симптоматики, периоды ухудшения психического состояния часто возникали на фоне утяжеления соматического и неврологического состояния, под влиянием совокупности неблагоприятных внешних, психогенных факторов, преходящих нарушений мозгового кровообращения. Динамика психических расстройств проявлялась медленно прогрессивным, подострым и быстро прогрессивным типами течения.

По мнению Н.Н. Яхно и В.В. Захарова (2002), патогенез аффективных нарушений при церебральном атеросклерозе (дисциркуляторной энцефалопатии) может быть объяснен вторичной дисфункцией лобных отделов головного мозга и нарушениями связей дорсолатеральной лобной коры и стриарного комплекса, а также разобщением коры и подкорковых структур вследствие сосудистого поражения в белом веществе мозга. Было показано, что наличие и тяжесть депрессивных расстройств при дисциркуляторной энцефалопатии зависят от выраженности очаговых изменений белого вещества лобных долей головного мозга и ишемического повреждения базальных ганглиев, однако основную роль играют острые нарушения мозгового кровообращения – лакунарные инфаркты в базальных ганглиях и таламусе у больных с церебро-васкулярной недостаточностью.

Развитие деменции в ближайшем или отдаленном катamnестическом периоде депрессий позднего возраста заставляет более тщательно оценивать симптоматику пожилых пациентов.

## ПОЗДНИЕ ДЕМЕНЦИИ КАК ПРИЧИНЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ В ГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

И.М. Языкова, А.П. Сиденкова  
Свердловская областная клиническая  
психиатрическая больница,  
Уральская государственная медицинская академия,  
Екатеринбург

Количество лиц позднего возраста, страдающих психическими расстройствами, растет с каждым годом. Проведен анализ причин госпитализаций в геронтопсихиатрический стационар пациентов поздних возрастных групп, страдающих слабоумием различного генеза.

Проанализировано 288 стационарных историй болезни пациентов в возрасте 50-98 лет, находившихся на лечении в Свердловской областной клинической психиатрической больнице с диагнозом «деменция» в 2004-2008 гг. Пациенты с деменцией составили 55,4% из общего количества больных, госпитализированных за этот период. Средний возраст лиц с деменциями на момент поступления в стационар –  $81,1 \pm 8,7$  года, 78,8% из них женщины. В процессе госпитализации были диагностированы следующие расстройства: F 00.04 + G 30.1, F 00.14 + G 30.1, F 00.24 + G 30.8, F 01.14, F 01.84, F 01.94, F 01.81, F 02.848. Краткое нейропсихологическое исследование (MMSE) позволило объективизировать степень выраженности деменций.

Деменция легкой степени выраженности выявлено у 33 пациентов (11,5%), умеренной степени выраженности – у 157 (54,5%), 98 (34%) страдали тяжелой деменцией. Согласно сведениям из историй болезни, у госпитализированных больных деменция длилась от 1 года до 15 лет. При этом давность деменции легкой степени выраженности составила  $3,1 \pm 3,2$ , умеренной степени выраженности –  $4,1 \pm 6,1$ , тяжелой –  $4,8 \pm 5,3$  года. Продолжительность болезни, оцениваемая по анамнестическим сведениям информантов, не позволила судить об истинной продолжительности когнитивного снижения, более точно родственники обозначали лишь время появления у больных бытовых



трудностей, поведенческих нарушений, психотических расстройств.

Поводом для обращения за психиатрической помощью, согласно медицинской документации, явились разнообразные психопатологические феномены, дезадаптировавшие функционирование пациента и его микросоциального окружения. При поступлении в геронтопсихиатрический стационар у 98% больных с деменциями выявлялись повторные эпизоды спутанности, сочетавшиеся с полиморфными галлюцинаторно-бредовыми расстройствами (22,9%) (зрительными обманами восприятия, болезненными идеями ущерба, ревности, отравления), агрессией к лицам из ближайшего окружения, дромоманическим поведением с бродяжничеством, уходами из дома (6,2%), тревожно-депрессивными симптомами, суицидальными попытками (3,5%). У всех госпитализированных наблюдалось выраженное снижение навыков не только самостоятельного проживания, но и самообслуживания.

Это требовало от ухаживающих усиливать надзор за пациентом, заставляло менять вид оказываемой помощи с контролирующей и поддерживающей на физический уход за болеющим. При обращении в психиатрическое учреждение родственники пациентов были настроены не только на коррекцию психопатологических расстройств, но и на оказание больному медико-социального ухода. Таким образом, анализ случаев госпитализации лиц старших возрастных групп с выраженным когнитивным снижением в геронтопсихиатрическое отделение актуализировал проблему низкой ранней диагностики деменции и отсутствия их своевременного лечения. Причинами обращения за психиатрической помощью являются как клинические особенности самой деменции, так и грубые расстройства социального функционирования больных.

# КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

## КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОСЕМАНТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ТАТУИРОВКИ В ПСИХИАТРИИ

А.Д. Борохов

Психиатрический госпиталь Кфар-Шауль,  
Иерусалим, Израиль

Современный мир характеризуется не только высоким уровнем урбанизации и криминализации общества, но и проблемами самоидентификации личности. Личность ищет различные пути самовыражения, позволяющие ей быть отличной от других и не раствориться в мегаполисе. Транзиторные (прическа, позы, форма одежды, пирсинг, наградные знаки и т.д.) и перманентные (пол, цвет кожи и глаз, шрамы и татуировки и т.д.) признаки обращают внимание на наши отличия, указывая различия между «Я» и «Другими». Татуировка (искусственная дерматография) является не только перманентным аутоидентификационным признаком в контексте ее связи с определенной социальной группой, но и в некотором смысле проективным рисуночным тестом. Сюжет кожного изображения сознательно или бессознательно выбирается личностью. Причем также имеют значение размер, цвет, локализация на теле.

На основании 25-летнего изучения смыслового, качественно-количественного анализа татуировок (1723 наблюдения лиц, имеющих татуировку, 93% имели те или иные психические расстройства (ПР), а также анализа специальной литературы, содержащей 7538 графических искусственных изображений на коже, мы пришли к следующим выводам:

1. Татуировки наиболее характерны для личностей с расстройствами непсихотического характера, среди которых наибольший удельный вес имеют лица возбудимо-неустойчивого круга.

2. Существуют специфические идентификационные татуировки для наркоманов, алкоголиков, сексуальных первертов, психически больных, психопатов.

3. Наличие более чем 3 татуировок на различных частях тела может свидетельствовать о психологических или психиатрических проблемах.

4. Бizarные (странные) татуировки могут говорить о ПР.

5. Татуировка может указывать на сексуальное предпочтение или половую перверсию.

6. Существуют татуировки, указывающие на психофизическую зависимость от психоактивных веществ (ПАВ).

7. Размер, цвет и локализация играют существенную роль в смысловой трактовке искусственной дерматографии.

8. Татуировки могут как скрывать следы от внутривенных инъекций, так и указывать места для «экстренного» введения наркотика в случае абстиненции.

9. Риск суицида и агрессивного поведения у татуированных значительно выше, чем у тех, у кого нет татуировки.

10. Наличие татуировок на теле обследуемого может косвенно свидетельствовать о возможном злоупотреблении ПАВ и алкоголем.

11. Существуют специфические татуировки, которые указывают как на пристрастие к определенному виду наркотика, так и на предпочтительный способ применения ПАВ.

12. Есть татуировки, указывающие на доминирование маскулиных или феминных черт характера, а также скрывающие косметические дефекты кожи.

13. Чем больше на теле количество татуировок, тем серьезнее выражены психологические и психиатрические проблемы и сложнее путь к реабилитации и ресоциализации.

14. Существуют татуировки, указывающие на принадлежность к антисоциальным неформальным объединениям, к криминальным группировкам и террористическим организациям.

15. Каждая татуировка имеет смысловое и личностное значение, однако является вспомогательным объективным признаком. Поэтому факт наличия татуировки, без углубленного обследования, недостаточен для постановки психиатрического диагноза.

Материалы наших исследований опубликованы в 42 научных статьях и 4 монографиях, доложены на 8 международных конгрессах, переведены на 7 языков (китайский, японский, ив-

рит, арабский, турецкий, английский, французский). Все вышеизложенное позволяет с уверенностью сказать о необходимости дальнейшего изучения этого феномена.

## ТИПЫ ПРИСПОСОБИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Д.Б. Закс, М.В. Злоказова

Кировская государственная медицинская академия

В последнее время большое внимание уделяется социально-психологическим особенностям больных шизофренией, т.к. они играют важную роль в прогнозе заболевания (Гурович И.Я. и др., 2004). Лишь 20-30% пациентов достигает «социального выздоровления» или ремиссии с минимальной симптоматикой, в 40% случаев характерно хроническое течение с частыми обострениями, социальной дезадаптацией и высоким уровнем инвалидизации трудоспособного контингента (Краснов В.Н. и др., 2007). Трудности в адаптации больных шизофренией возникают уже на начальных этапах заболевания (Ряполова Т.Л., 2008). Частые обострения, переход заболевания в хроническую форму тесно связаны с социальным окружением, которое может влиять на когнитивные, психологические и социальные функции (Абрамов В.А. и др., 2006). Приспособительное поведение – это результат взаимодействия личности и болезни в конкретных условиях жизни или биографически сложившаяся и видоизмененная болезнью система взаимоотношений пациента с социальной средой (Воловик В.М., 1984).

Было исследовано 32 женщины, больные параноидной формой шизофрении, от 19 до 49 лет, с неблагоприятным течением (наличие группы инвалидности, умеренно-выраженного или выраженного шизофренического дефекта, отсутствие четких ремиссий, низкого уровня социальной адаптации по психосоциальной оси многоосевой диагностической шкалы, нерегулярно либо не принимающие поддерживающую терапию), для выявления типа приспособительного поведения. Исследование включало методы интервьюирования, специально разработан-

ную анкету для определения психосоциальных характеристик пациентов и метод многоосевой оценки психического состояния. Средняя продолжительность заболевания составила  $12,7 \pm 3,5$  года, среднее число госпитализаций в стационар – 9.

Желаемого конструктивного типа приспособительного поведения у данного контингента выявлено не было (0%). Регрессивный тип сформировался у 75% пациенток, они характеризовались низкой социальной активностью, зависимой жизненной позицией, имели искаженное представление о своей болезни, преобладали потребительские либо аутистические интересы.

Деадаптивный антисоциальный тип поведения отмечался в 12,5% случаев, он проявлялся алкоголизацией, сексуальной распушенностью, общением в асоциальных группах, что в свою очередь приводило к увеличению частоты госпитализаций в стационар. Деадаптивный морбидный тип 6,3% проявлялся аффективной лабильностью и гебоидными чертами, взаимоотношение больных с действительностью определялось патологическими переживаниями. В 6,3% случаев обнаруживались черты разных типов поведения, они были отнесены к неопределенному типу.

Таким образом, у пациенток с неблагоприятным течением параноидной шизофрении формируются регрессивный и деадаптивный типы приспособительного поведения, что приводит к социальной несостоятельности и утяжелять течение болезни. Для решения данной проблемы необходимо комплексное и максимально раннее воздействие на пациенток с шизофренией с обязательным дополнением психофармакотерапии психосоциальной реабилитацией.

# ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ТЕЛЕУТОВ КУЗБАССА С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Т.В. Калашникова, О.И. Салмина-Хвостова  
Новокузнецкий государственный институт  
усовершенствования врачей

**Актуальность.** Известно три типа нарушения пищевого поведения (ПП): эмоциогенное ПП, ограничительное ПП и экстернальное ПП (Вознесенская Т.Г., 2000, 2004).

Изучение здоровья разных этносов для нас особенно актуально, поскольку в России живут более 150 народностей (Дмитриева Т.Б., 2005). По данным литературных источников, этнический фактор играет определённую роль в развитии заболеваний. Сведений о ПП, депрессивных и тревожных нарушениях у телеутов Кузбасса мы не встречали, поэтому цель нашего исследования – установить распределение и особенности ПП телеутов Кемеровской области, взаимосвязь с тревожными и депрессивными нарушениями, разработать принципы профилактики и лечения выявленных нарушений.

**Материал и методы.** Исследование выполнено в рамках региональной программы «Медико-экологическая оценка популяционного здоровья коренного населения – телеутов и шорцев». По данным Всероссийской переписи населения 2002 г., численность телеутов в России 3000 чел., из них 2534 проживают в Кемеровской области.

На основе скрининг-исследования с применением психометрических шкал Цунга (для оценки депрессии), Шихана (для оценки тревоги), опросника, пересмотренного в соответствии с DSM-IV (PRIME-MD), опросника DEBQ (голландский опросник ПП, предложенный Т. Van Strein et al. в 1986 г.), клинической беседы и клинико-эпидемиологического метода нами оценена распространенность депрессивных и тревожных нарушений с учетом нарушения ПП.

Из 1419 коренных жителей в возрасте от 10 до 70 лет и более осмотрено 536 чел., или 38%.

**Результаты.** Доля тревожных нарушений при экстернальном типе ПП составляет 4,6, при эмоциогенном типе ПП – 9,8%.

Доля депрессивных нарушений при экстермальном типе ПП – 5,6, а при эмоциогенном – 10,6%. При ограниченном типе ПП выявлены только депрессивные нарушения – 0,7%. Прослежена четкая закономерность увеличения доли тревожных и депрессивных нарушений при эмоциогенном типе нарушения ПП. Доля депрессивных нарушений у женщин при нормальном ПП в 2,4 раза больше, чем у мужчин (15,8 и 6,7% соответственно), а тревожных в 1,9 раза больше (15,5 и 8,1% соответственно). У женщин при эмоциогенном ПП доля депрессивных нарушений в 4,9 раза больше, чем у мужчин (8,8 и 1,8%), а тревожных – в 3,7 раза больше (7,7 и 2,1% соответственно). При экстермальном ПП у женщин доля депрессивных нарушений в 3 раза больше, чем у мужчин (4,2 и 1,4%), а тревожных – в 2,3 раза больше (3,2 и 1,4% соответственно).

Мы разработали 3 лечебно-реабилитационные программы. Первая – для пациентов с депрессивными нарушениями: психофармакотерапия, психодинамическая психотерапия, поведенческая психотерапия, когнитивная психотерапия, символдрама. Вторая – для пациентов с тревожными нарушениями: психофармакотерапия, гипносуггестивная психотерапия в сочетании с различными техниками нейролингвистического программирования (с якорением), аутогенная тренировка с элементами дыхательной и релаксационной лечебной гимнастики, психодрама. Третья – для пациентов с расстройствами ПП: рациональная (с заключением психотерапевтического контракта), нейролингвистическое программирование, косвенные внушения (с учетом репрезентативной системы), суггестивная психотерапия, психофармакотерапия.

**Выводы.** Доля депрессивных и тревожных нарушений достаточно широко представлена при эмоциогенном и экстермальном типах ПП среди обследованного этноса (10,6; 9,8% при эмоциогенном; 5,6; 4,6% при экстермальном ПП соответственно). Успешное лечение нарушений ПП и профилактика ожирения возможны с учётом наличия депрессивных и тревожных нарушений.

# ОЦЕНКА ПАЦИЕНТАМИ СВОЕГО ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПРИ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Е.В. Калинина

Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары

Согласно литературным данным, обращаемость пациентов с впервые возникшими психическими расстройствами (ПР) к психиатру значительно запаздывает. Высказывается мнение, что многие из них получают необходимую помощь в общесоматических поликлиниках (Богдан М.Н. и др., 1997; Александровский Ю.А., 2006; Краснов В.Н., 2007). Одним из важнейших факторов своевременного обращения к психиатру является способность самого пациента или его близких родственников адекватно оценить изменившееся психическое состояние.

**Материалы и методы.** Опрошено 1250 пациентов, обратившихся к психиатру впервые. Из них 707 обратились непосредственно к психиатру, 543 – в общесоматическую сеть к врачам-интернистам по поводу психических нарушений. Пациентам был задан вопрос: «Страдаете ли Вы ПР?»

**Результаты и обсуждение.** Среди всех пациентов с впервые возникшим ПР доля лиц, отрицавших у себя наличие душевного расстройства, была высокой и составила 47,8% (598 пациентов). Пациенты, обратившиеся к интернистам, более чем в половине случаев отрицали наличие у себя ПР (54,3%). В группе пациентов, непосредственно обратившихся к психиатру, доля отрицавших у себя наличие ПР также была высокой (46,0%).

Наиболее часто не расцениваются как ПР нарушения поведения (79,3%), интеллектуальная недостаточность (86,5%), нарушения психологического (психического) развития (83,3%). Следует отметить, что даже самые грубые поведенческие нарушения, особенно у детей, не считались болезненными, а расценивались как недостатки воспитания, «дурное влияние сверстников» или оправдывались «сложившимися» обстоятельствами. Низкая успеваемость в школе также не оценивалась как недостаток психического развития, требующий консультации психи-



атра. Наиболее частой причиной обращения к психиатру становились настойчивые просьбы педагогов или иных лиц.

Высокий уровень отрицания наличия ПР было характерно для пациентов, страдающих деменцией (86,6%). Родственники рассматривали снижение когнитивных функций как естественный процесс старения, не требующий психиатрического вмешательства. Большая часть этой категории пациентов попадала в поле зрения психиатра только тогда, когда терапевтические усилия становились неэффективными. При оценке психического состояния диагностировалось выраженное снижение когнитивных функций, у большинства пациентов были значительно нарушены навыки самообслуживания, практически все имели признаки инвалидности по психическому заболеванию.

Определенное внимание заслуживали пациенты с аффективными и невротическими расстройствами, которые в 40,7 и в 22,6% случаев соответственно отрицали у себя наличие ПР. Зачастую ухудшение самочувствия они связывали с заболеваниями внутренних органов, неправильным характером питания, несоблюдением режима сна и бодрствования. Снижение трудовой деятельности также объясняли соматическими жалобами (боли в области сердца, позвоночные боли и пр.), что являлось основанием для обращения в общесоматическую сеть. Все это служило поводом для длительного (и зачастую малоэффективного) лечения у интернистов.

Наиболее низкие показатели отрицания у себя ПР наблюдались в группе пациентов с шизофренией (22,6%). В то же время у этой группы период от момента возникновения ПР до обращения к психиатру варьировал от нескольких дней до нескольких лет, что свидетельствует о том, что наиболее существенное влияние на обращаемость к психиатру пациентов с шизофренией имеют другие факторы.

Таким образом, на позднее обращение за психиатрической помощью пациентов с впервые возникшими ПР влияют недостаточная осведомленность о проявлениях психической патологии, «психологизация» и «соматизация» ПР.

## АНАЛИЗ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В АМБУЛАТОРНОМ И СТАЦИОНАРНОМ ЗВЕНЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Л.А. Корнилова, Л.А. Овечкина  
Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары

Среди причин потерь по временной нетрудоспособности (ВН) самого активного возраста (18-44 года) психические расстройства (ПР) занимают первые места. Нарушения здоровья отражаются на экономической жизни страны, являясь причиной временной утраты трудоспособности по болезни и инвалидности.

Проанализированы случаи выдачи листов нетрудоспособности в амбулаторной и стационарной службе по закрытым больничным листам (ф. 16 ВН).

Всего за 2009 г. в Республиканской психиатрической больнице было выдано 510 листов ВН. Из них 374 (73,4%) выдано стационарной, 136 (26,6%) – амбулаторной службой. Анализируя динамику показателей (число случаев и число дней ВН) следует отметить, что в 2009 г. число случаев выдачи листов ВН по сравнению с 2007 г. снизилось на 2,8%, число дней с ВН – 4,2%.

В 2009 г. средняя длительность пребывания на больничном листе составила 50,02 дня (в 2007 г. – 46,7 дня, рост на 7,8%). В амбулаторной службе данный показатель составил 32, в стационарной – 56,6 дня, что объясняется длительными сроками стационарного лечения.

Листы ВН в возрасте 50-54 года получили 85 чел. (16,8% случаев), 45-49 лет – 78 (15,5%), 40-44 – 75 (14,5%), 30-34 – 66 (12,9%), 25-29 – 64 (12,5%), 35-39 – 53 (10,7%), 55-60 – 40 (7,8%), 20-24 – 34 (6,6%), 60 и старше – 7 (1,5%) и 15-19 лет – 6 (1,2%).

По нозологической принадлежности число случаев ВН больше у больных с шизофренией – 215 чел. (42,2%), органическими ПР – 72 (14,1%), невротическими и соматоформными расстройствами – 31 (6,0%), аффективными психозами и непсихотическими ПР – по 21 (4,1%).

В амбулаторной службе в возрасте 50-54 года получили 30 чел. (22,1%), 40-44 – 29 (21,2%), 35-39 – 18 (13,2%), 30-34 – 13

(9,3%), 20-24 – 9 (6,5%), 25-29 – 8 (5,9%), 55-60 – 7 (5,1%), 60 и старше – 4 (2,9%), 15-19 – 1 (0,7%). Из них больные с шизофренией 47 чел. (34,5%), органическими ПР – 40 (29,4%), невротическими и соматоформными расстройствами – 17 (12,5%), аффективными психозами – 10 (7,3%) и другими ПР – 16,3%.

В стационарной службе листы нетрудоспособности получили больные в возрасте 45-49 лет 60 чел. (16%), 25-29 – 56 (14,9%), 50-54 – 55 (14,7%), 30-34 – 53 (14,2%), 40-44 – 45 (12%), 35-39 – 35 (9,4%), 55-60 – 33 (8,8%), 20-24 – 25 (6,7%), 15-19 и 60 лет и старше – по 6 чел. (1,6%). Из них с шизофренией 189 чел. (50,5%), органическими непсихотическими расстройствами – 49 (13,1%), аффективными расстройствами – 31 (8,2%), невротическими расстройствами – 14 (3,7%), органическими психозами и состояниями слабоумия – 13 (3,4%), легкой умственной отсталостью – 13 (3,4%), другими ПР – 65 (17,3%).

Таким образом, листы нетрудоспособности выданы в преобладающем большинстве при стационарном лечении, что связано с длительностью стационарного лечения. Большинство лиц, получивших листы ВН, лица трудоспособного возраста. Нозологический состав лиц, получивших листы ВН как в амбулаторном звене, так и в стационарном, практически одинаков. Временная утрата трудоспособности по психическому заболеванию заметно сократилась как по числу случаев, так и по числу дней, пропущенных по болезни. Эти изменения, видимо, связаны с большей заинтересованностью людей в своей работе, боязнью ее потерять. Кроме того, имеет место тенденция увольнений лиц пенсионного возраста и женщин, в связи с чем изменился возрастно-половой состав работающих.

## АНАЛИЗ НЕДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

Л.А. Овечкина, А.В. Руссов

Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары

Анализ динамики показателей недобровольной госпитализации является важным для общей оценки практического выпол-

нения закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Количество лиц с психическими расстройствами (ПР), направляемых на стационарное лечение в психиатрические стационары в недобровольном порядке, по Чувашской Республике (ЧР) из года в год снижается. Так, если в 2007 г. таких больных было 439, то в 2009 г. – 242 (снижение на 22,1%). Показатель недобровольной госпитализации снизился с 3,4 до 1,9 на 10 тыс. нас. (по РФ – 34,3, 2006 г.) (табл.1).

Таблица 1

Количество недобровольных госпитализаций по ЧР и РФ за 2005-2009 гг.

Год	Количество направленных недобровольно			Из них оформлено через суд	Доля оформленных через суд, %	
	абс.	на 10 тыс. нас.			ЧР	РФ
		ЧР	РФ			
2005	529	4,1	33,21	52	9,8	32,93
2006	495	3,8	34,3	54	10,9	36,56
2007	439	3,4	н/д	46	10,5	н/д
2008	343	2,7	н/д	37	10,8	н/д
2009	242	1,9	н/д	46	19,0	н/д

Количество больных, госпитализированных в психиатрические стационары по постановлению суда, аналогично количеству за 2007 г. – 46 чел. Из-за снижения количества недобровольно госпитализированных больных увеличилась доля оформленных через суд и в 2009 г. составила 19 против 10,5% в 2007 г. (табл. 2).

Таблица 2

Количество больных, недобровольно госпитализированных в психиатрические ЛПУ ЧР за 2009 г.

Учреждения	Направлено недобровольно	Оформлено через суд	Доля оформленных через суд, %
РПБ	176	33	18,7
ШМПБ	25	9	36,0
ЯМПБ	40	3	7,5
АПБ	1	1	100,0
Итого	242	46	19,0

Из числа недобровольно госпитализированных 76,8% составили больные шизофренией, 8,9 – органическими непсихотическими расстройствами, 7,3 – органическими психозами и состояниями слабоумия, 7,0% – другими ПР.

Согласно статистическим данным, доля больных, госпитализированных недобровольно, и на помещение которых в психиатрический стационар было получено постановление суда, значительно меньше тех, кто первоначально недобровольно направлялся в стационар. В 2009 г. в судах было вынесено решение о необходимости прохождения лечения в недобровольном порядке в отношении 46 больных, что составило 19% от всех госпитализированных в недобровольном порядке.

Данные показатели свидетельствуют о необходимости определять госпитализацию как недобровольную для больных, которые по своему состоянию не могли выразить свое согласие на госпитализацию (больные в острых психотических состояниях, деменциями сосудистого и смешанного генеза и т.д.). Низкие показатели уровня недобровольного направления больных в психиатрические больницы должны быть объектом пристального внимания главных врачей психиатрических учреждений.

## О ПЕРСПЕКТИВАХ РАЗВИТИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ

Б.Н. Пивень

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

В связи с все возрастающей потребностью населения в психиатрической помощи возникает необходимость определения перспектив развития ее клинической составляющей.

Необходимо дальнейшее изучение таких проблемных форм, как шизофрения и депрессивные состояния. Наряду с этим в психиатрии есть и другие, не менее значимые темы, также требующие внимания и обсуждения.

1. Экзогенно-органическая патология. Ее актуальность, обусловленная значительной распространенностью и социальными последствиями для населения, достаточно убедительно показана в работе И.И. Шереметьевой и И.Д. Санашевой. Однако в по-

следние годы наблюдается заметное, без каких-либо видимых причин, снижение интереса специалистов к ней. В ряде стран психиатры ею вообще не занимаются, она переходит в компетенцию неврологов.

2. Сочетанные (коморбидные) формы психических заболеваний. Несмотря на то, что возможность сочетания разных психических заболеваний известна давно, данная проблема крайне мало разработана. Эти формы не входят ни в одну из известных классификаций. Нельзя назвать какого-либо учебника или руководства по психиатрии, где бы они освещались. Правда, в последние годы число публикаций, посвященных им, заметно возросло, но в них рассматриваются, в основном, частные вопросы. Многие врачи и исследователи крайне слабо ориентируются в них. Между тем сочетанные психические заболевания имеют свои клиничко-динамические закономерности, а по своей распространенности в психиатрических и наркологических контингентах больных превосходят мононозологические формы.

3. С позиций сохранения традиций клинической психиатрии и обеспечения преемственности деятельности психиатров разных школ и поколений внимания требует и тема «вновь» открытых и открываемых психопатологических состояний. Среди них посттравматическое стрессовое расстройство, синдром дефицита внимания и гиперактивности, синдром выгорания, синдром хронической усталости, панические атаки, *recovery*. Сопоставление смыслового наполнения этих названий с хорошо известными понятиями показывает, что данные термины не отражают каких-либо новых, не известных прежде психопатологических феноменов, а являются переобозначениями состояний, представления о которых давно сложились в психиатрии. Так, посттравматическое стрессовое расстройство по всем канонам является ничем иным, как психогенным заболеванием. Синдром дефицита внимания и гиперактивности оказывается одной из составляющих церебрастении. Синдром выгорания – классическая бирдовская неврастения. Синдром хронической усталости вообще разнородное понятие. Подобная «усталость» может наблюдаться при самых разных заболеваниях – от шизофрении с апатическими проявлениями до стойкой астении при органических поражениях головного мозга. Панические атаки могут вхо-

дить в структуру и обсессивного невроза, и диэнцефальной патологии. «Recovery» по своей сути – ремиссия на уровне практического выздоровления.

## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПСИХОПАТИЧЕСКОГО ПАТТЕРНА И ДЕКОМПЕНСАЦИЙ ПРИ ПОГРАНИЧНОМ РАССТРОЙСТВЕ ЛИЧНОСТИ

Д.В. Романов

Самарский государственный медицинский университет

В течение двух последних десятилетий пограничное расстройство личности (ПРЛ, рубрика 301.83 DSM-IV) устойчиво привлекает внимание исследователей. Клиническая картина расстройства отличается полиморфизмом, а степень тяжести социальных последствий может быть сравнима с таковой при диссоциальном расстройстве личности. Пациенты, страдающие пограничным расстройством личности, избегают обращений за психиатрической помощью и плохо идентифицируются психиатрами.

**Цель исследования:** детализация психопатического паттерна и систематизация клинических вариантов декомпенсации у пациентов с ПРЛ. Наблюдаемые отобраны в соответствии с критериями ПРЛ по DSM-IV, группа состояла из 35 чел., средний возраст  $28,3 \pm 5,8$  года. Психическое состояние пациентов на начало терапии включало разнообразные психопатологические расстройства, переживание дистресса, злоупотребление психоактивными веществами, выраженные нарушения социального приспособления в зонах социально-трудовой, семейной и коммуникативной адаптации.

Анализ психопатического паттерна показал, что в основе аномального поведения пациентов с ПРЛ лежит не определенный ригидный дезадаптивный паттерн (как, например, паттерн избегания-дистанцирования при шизоидном расстройстве личности), а выраженные дефекты эмоциональной регуляции – преобладание протопатических аффектов, нарушение распознавания и контроля эмоций, неспособность выдерживать аффекты негативного спектра. Аномалии формирования эмоциональной

сферы проявлялись в таких клинических феноменах, как сверхценное избегание ситуаций неуспеха и отвержения, склонность к обвинению окружающих, склонность к немедленной моторной разрядке аффекта, проявляющейся импульсивными действиями, агрессией или самоповреждениями; подверженностью промискуитету, переяданию, употреблению психоактивных веществ. У пациентов с ПРЛ, включенных в исследуемую группу, преимущественно отмечался депрессивный вариант декомпенсации (46%). Преобладали депрессивные состояния умеренной глубины, с тоскливо-дисфорическим оттенком аффекта и отчетливыми соматическими эквивалентами депрессии. Поведение пациентов носило характер «бегства от депрессии» с булимией, дипсоманией, употреблением легких наркотических средств. Суицидальные высказывания и мысли, а также самоповреждающее поведение (например, опасная езда по улицам) отмечались у четверти пациентов с указанным вариантом декомпенсации. У 29% пациентов был соматоформный, у 20% – тревожный вариант декомпенсации. Соматоформные расстройства чаще всего были представлены сенестопатически-ипохондрическими и конверсионными симптомами. Частыми симптомами выступали цефалгия, дискинезии желудочно-кишечного тракта, ощущение нехватки воздуха, парестезии. Тревожные нарушения были представлены паническими реакциями и ГТР.

Только у двоих пациентов расстройства достигали субпсихотического уровня (аффективно-насыщенные транзиторные персекуторные идеи). Большая часть пациентов в анамнезе обнаруживала сочетания и чередования различных типов декомпенсаций, например, в виде перемежающихся тревожных и соматоформных расстройств.

Закрепление данной клинической единицы в отечественных классификаторах является необходимым условием начала распознавания расстройства и стимулирует поиски подходов к терапии данной патологии. Требуется дальнейшее детальное исследование клинической картины пограничного расстройства личности, механизмов декомпенсации, разработка стратегий лечения и реабилитации.



## КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ШИЗОАФФЕКТИВНОГО ПСИХОЗА

К.С. Садовничий, К.И. Бакуменко, С.А. Ягода  
Ставропольская государственная медицинская академия

**Цель исследования:** изучение взаимосвязи между клинической структурой шизоаффективных психозов (ШАП), характером их течения, преморбидной психотипологической структурой личности больных и прогнозом в отношении течения заболевания.

**Материалы и методы.** В клинико-терапевтическом исследовании приняло участие 157 больных с ШАП в возрасте от 20 до 55 лет. Из них была сформирована первая группа, состоящая из 80 больных с аффектдоминантной формой ШАП, и вторая из 77 больных с шизодоминантной формой ШАП. Диагноз «острый шизоаффективный приступ» был верифицирован в соответствии с критериями МКБ-10, шифра F25 и клинической классификацией Научного центра психического здоровья РАМН (Тиганов А.С., Пантелеева Г.П., 1999).

Исследование основано на использовании клинико-психопатологического и клинико-терапевтического метода с помощью критерия  $\chi^2$ .

**Результаты исследования.** Клинико-психопатологический, клинико-терапевтический анализы групп пациентов выявили взаимосвязь между клинической гетерогенностью ШАП в виде аффектдоминантной или шизодоминантной формы ШАП, психотипологической структурой личности больных, психопатологической структурой неаффективных бредовых синдромов, механизмов бредообразования и различной степенью терапевтической резистентности. Больные с аффектдоминантной и шизодоминантными формами ШАП отличались не только сложностью и стабильностью синдромальных структур, более выраженных при шизодоминантной форме, но и терапевтической резистентностью, которая достоверно выше у больных с шизодоминантной формой ( $p < 0,01$ ). Тип течения (фазный, фазно-рекуррентный) в сочетании с механизмами бредообразования (острый чувственный бред) формировал прогностически более благоприят-

ные или менее благоприятные психопатологические симптомокомплексы (приступообразно-прогредиентное, прогредиентное течение в сочетании с наглядно-образным и интерпретативным бредом) в клинической картине ШАП ( $p < 0,01$ ), что коррелировало с большей или меньшей степенью выраженности терапевтической резистентности. Прогностически неблагоприятным взаимосочетанием психотипологической структуры личности с синдромальной структурой и типом течения ШАП явились: шизоидный психотип личности, интеллектуальный бред воображения, интерпретативный бред и прогредиентное течение ( $p < 0,01$ ), данные особенности выявлялись при терапевтически резистентных состояниях, как правило, при шизодоминантной форме ШАП и приступообразно-прогредиентном типе течения аффектдоминантной формы ШАП. Прогностически более благоприятные варианты выявлялись у больных с циклоидным психотипом личности, острым чувственным бредом, фазный или фазно-рекуррентный варианты течения характеризовались меньшей терапевтической резистентностью ( $p < 0,01$ ). Данные состояния фиксировались у больных с аффектдоминантной формой ШАП и фазно-рекуррентным вариантом течения шизодоминантной формы ШАП.

**Выводы.** Обнаруженные закономерности позволяют на ранних этапах развития шизоаффективного приступа оценить психическую конституцию больного и с антропоцентрических позиций выбрать адекватную тактику патогенетической интенсивной комплексной терапии, направленную на раннюю ресоциализацию и реадaptацию больных ШАП в микро- и макросоциальной среде жизнедеятельности.

## ПРОБЛЕМА ЛЕГКИХ ДЕПРЕССИЙ И ПЕРЕХОДНЫХ ДОБОЛЕЗНЕННЫХ СОСТОЯНИЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ (АСПЕКТЫ ПСИХОЛИНГВИСТИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ)

Д.А. Смирнова

Самарский государственный медицинский университет

В настоящее время показатели распространенности и заболеваемости неглубокими депрессивными расстройствами де-

монстрируют неуклонную тенденцию к росту. Легкие депрессии нарушают адаптационные возможности, изменяют привычный образ, смысл и качество жизни пациентов, являются причиной профессиональных и личностных затруднений (Pohjasvaara T. et al., 2001; Broadhead W.E. et al., 1990; Li C. et al., 2002; Paykel E.S. et al., 2005).

Тем не менее данные состояния все еще недостаточно диагностируются на уровне амбулаторной практики, в том числе в общемедицинской сети. Сложности в диагностике могут быть сведены к вопросу «Кто перед нами – пациент в состоянии легкой по уровню выраженности расстройств депрессии или здоровый человек, находящийся в проблемной жизненной ситуации и до настоящего времени ее не разрешивший, а потому вовлеченный в соответствующие тематические переживания?» На ранних этапах обращения и распознавания недостаточно срабатывает, например, критерий длительности и устойчивости сниженного настроения в течение двух недель, который уточняется в беседе с пациентом и является крайне субъективным, или критерий наличия ангедонического компонента, который, первично становясь ведущим, в большей мере свидетельствует об эндогенной природе состояния, а не собственно о наличии депрессии, тогда как психогенная депрессия в начале своего развития может и не иметь отчетливо позиционируемой ангедонии. Речь больного легкой депрессией является практически единственным источником диагностически значимой информации о нем, которая, однако, может интерпретироваться неверно из-за сложностей полисемии и неосознаваемой личностной включенности врача.

Клинико-психопатологическое исследование уже начинают рассматривать с позиций разложения его на объективизирующие и уточняющие составляющие, среди которых имеет место клинико-лингвистическая (Назыров Р.К., Ремесло М.Б., 2002, 2007). На практике больной все еще не воспринимается врачом как «носитель специфической лексики» (Микиртумов Б.Е., 1999; Глухарева А.Н., 2000), что снижает валидность психодиагностической процедуры.

Обследованы 124 больных легкими депрессиями (F32.0, 41.2, 43.20-22), обратившихся за амбулаторной помощью к те-

рапевтам, неврологам, психиатрам и психотерапевтам по поводу изменений самочувствия и с жалобами на сниженное настроение. В ходе работы выявлено, что больные не только имеют клиничко-психопатологические особенности, но и отличаются особенностями речи на поверхностном и глубинном уровнях, статистически достоверно соотносящимися с проявлениями ведущего гипотимного аффекта, являющимися его отражением и представляющими собой психолингвистические маркеры выделенных клинически тоскливого, тревожного и астено-гиподинамического вариантов депрессий. Результаты исследования подтвердили, что значимыми для диагностики являются не только содержание речи, смысловая сфера и объективизация их искажения с помощью выявления наличия или отсутствия в высказываниях стандартных семантических категорий и тем, но и изменения в структуре речи – лексике, грамматике и синтаксисе. В группе контроля (77 здоровых субъектов) со статистически значимой достоверностью различий была выделена подгруппа так называемых «здоровых с проблемами» (35), демонстрирующих психологическую, но не психопатологическую реакцию на наличие сложных жизненных ситуаций, и имеющих специфические психолингвистические особенности. Данная подгруппа по критерию значения психолингвистических показателей демонстрирует тенденцию риска развития депрессивных реакций, что может быть использовано в профилактике депрессий, для распознавания и с целью своевременной коррекции выявляемых переходных, «доболезненных», состояний «психологической дезадаптации» (Полищук Ю.И., 1994; Александровский Ю.А., 2009).

Таким образом, психолингвистическое исследование расширяет возможности клиничко-психопатологической диагностики и профилактики легких депрессий, так как позволяет выявлять и использовать для верификации диагноза уточняющие речевые маркеры легких депрессий и на основании объективно определяемых изменений в структуре и семантике речи способствует квалификации промежуточных «доболезненных» состояний на континууме «норма-болезнь».

## ОРГАНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА – АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ

И.И. Шереметьева, Барнаул,  
И.Д. Санашева, Горно-Алтайск

Анализ литературы показывает, что в последние годы заметно снижен интерес специалистов к органической психической патологии. В связи с этим нами была поставлена цель: остается ли актуальной эта патология в настоящее время. Мы провели эпидемиологические исследования в административных центрах двух территорий – г. Барнауле (Алтайский край) и г. Горно-Алтайске (Республика Алтай).

Исследования имели сплошной характер и основывались на анализе медицинской документации больных, госпитализированных в психиатрические стационары, нуждающихся по своему состоянию в больничной помощи.

Изучена медицинская документация всех 934 больных, пролеченных в течение года в мужском и женском психотических отделениях Алтайской краевой клинической психиатрической больницы в г. Барнауле. В г. Горно-Алтайске – всех 545 больных, пролеченных в течение года в Горно-Алтайской республиканской психиатрической больнице.

В результате анализа оказалось, что в г. Барнауле среди всех пролеченных больных доля больных с органическими заболеваниями головного мозга составила 35,4% (331 чел.). Доля больных шизофренией – 45,4% (425). В г. Горно-Алтайске доля больных с органической патологией составила 34,9% (190). При этом доля больных шизофренией равнялась 35,2% (192).

Приведенные сведения дополним данными других исследований (Шереметьева И.И., 2007). Изучение контингента больных врачебного участка психоневрологического диспансера показало, что из 1021 пациента, в течение года находящегося на диспансерном наблюдении либо получавшего лечебно-консультативную помощь, у 59,4% (606 чел.) имелись органические заболевания головного мозга и только у 12,6% (121) – шизофрения. При исследовании 588 больных алкоголизмом, самостоятельно обратившихся за помощью, у 57,0% (335) установлены

проявления органической патологии, в генезе которой кроме алкоголизации звучали и иные экзогенные и соматогенные факторы. По данным МСЭ Алтайского края, из года в год показатели первичной инвалидности по органическим заболеваниям головного мозга на 2,0-8,0% превышают таковые по шизофрении.

Как следует из приведенных данных, органические заболевания головного мозга по значительному удельному весу в общей структуре психической патологии у жителей разных административных территорий и по своей социальной значимости являются актуальной проблемой современной психиатрии, требующей решения.

## ОСОБЕННОСТИ ПАТОМОРФОЗА ШИЗОФРЕНИИ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА

М.В. Яковлева, Г.Ф. Колотилин, И.П. Логинов  
Дальневосточный государственный медицинский университет,  
Хабаровск

Исследованиям клинического патоморфоза на современном этапе посвящено достаточно большое количество научных работ (Вильянов В.Б., 2004; Голдобина О.А., 2005; Каледа В.Г., 2008), но вопросы влияния этнокультуральных факторов на динамику психопатологических расстройств при параноидной шизофрении остаются недостаточно освященными.

**Цель исследования:** изучить направленность патоморфоза шизофрении в различных по этнической принадлежности популяциях больных и понять, по каким механизмам осуществляется патопластическое воздействие культурально-обусловленных факторов.

**Материалы и методы.** Проанализированы психотические эпизоды больных прошедших стационарное лечение в психиатрической больнице им. проф. И.Б. Галанта г. Хабаровска и психоневрологическом диспансере г. Якутска с диагнозом параноидная шизофрения в разные временные периоды. Первая группа больных, состоявшая из больных индоевропейской расы, проживавших в Хабаровском крае (n=268), была разделена на подгруппу 1 (n=139), госпитализированных с 1965-1970 гг. и под-

группу 2 (n=129), госпитализированных с 2005-2009 гг. Таким же образом сформированная вторая группа (n=171), состоявшая из больных монголоидной расы проживавших в Якутии, была разделена по временному признаку на подгруппу 1 (n=101) и подгруппу 2 (n=70).

**Результаты и обсуждение.** Сравнение клинической картины двух подгрупп больных из хабаровской выборки выявило следующие различия. Достоверно снизился удельный вес «вычурных» сенестопатий (35,2 и 16,2%,  $p<0,01$ ) и ипохондрического бреда (14,3 и 3,8%,  $p<0,01$ ), увеличился удельный вес псевдогаллюцинаций (41,7 и 58,1%,  $p<0,05$ ), а частота встречаемости истинных галлюцинаций значительно снизилась (34,5 и 19,3%,  $p<0,05$ ), как и моторного компонента психических автоматизмов (18,7 и 5,4%,  $p<0,05$ ) среди современных больных. Сравнительный анализ также показал рост депрессивных расстройств (25,8 и 46,5%,  $p<0,01$ ). Необходимо отметить, что для современных больных из хабаровской выборки был характерен полиморфизм и незавершенность клинической картины. Сравнение клинической картины двух подгрупп больных из якутской выборки, показало, что у современных больных достоверно возрос удельный вес идеаторных симптомов, моторных автоматизмов при галлюцинаторно-параноидном синдроме (47,7 и 12,6%,  $p<0,01$ ). Значительно возросла встречаемость бредовых идей «архаического» содержания (38,6 и 5,6%,  $p<0,001$ ). Наиболее чаще у современных больных встречалась фабула «колдовства», «шаманского воздействия» (45,4 и 11,2%,  $p<0,01$ ), что является характерной тематикой для этносов с традиционной культурой. Резкое увеличение субкультуральных форм бредовых идей, связано с усилением пропаганды национальных идей в Якутии.

Сравнивая клиническую динамику шизофрении в двух различных по этнической принадлежности выборках больных, можно определить, что патоморфоз в якутской выборке менее интенсивен по своему темпу, в отличие от хабаровской выборки. Чем можно объяснить такую закономерность? По нашему мнению, клинический патоморфоз является генетически детерминированным явлением. Так, в популяциях с более вариабельным генотипом, происходят более интенсивные процессы изменчивости, тем самым способствуя появлению смешанных,

атипичных клинических случаев. В популяциях относительно закрытых, где генотип носит более однородный характер, процессы изменчивости соответственно будут менее интенсивными. Якутский этнос является относительно изолированным благодаря географическим особенностям и малочисленным по своему количеству, вполне возможно предположить, что в популяции существует низкая вариабельность «шизофреногенных» генов, что и привело к «консервации» клинической картины шизофрении.

Таким образом, влияние этнокультуральных факторов на патоморфоз шизофрении, является более глубоким по своему воздействию и основывается на генетических особенностях изучаемых популяций больных. Собственно социокультуральные условия по нашему мнению несомненно обладают патопластическим влиянием, но уровень их воздействия скорее ограничивается лишь фабульным содержанием шизофренической психопатологии.

## СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХИАТРИЯ

### ОБРАЗ ЭСТ В КИНЕМАТОГРАФЕ

Д.Р. Биктагирова, Т.В. Иванова, А.В. Голенков, Д.Н. Крылов  
Чувашский государственный университет,  
Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары

С момента внедрения электросудорожной терапии (ЭСТ) в психиатрическую практику в 1938 г. и до настоящего времени об этом методе лечения существует множество мифов. Известно, что на их происхождение оказывают влияние средства массовой информации и кинематограф.

**Материал и методы.** Проанализированы 35 кинематографических сюжетов 1948-2008 гг. (27 фильмов, 5 сериалов и 2 мультфильма). 27 фильмов было снято кинокомпаниями США, три – Франции, по одному – России, Германии и Южной Кореи; в одном сериале («Доктор Хаус») ЭСТ встречалась два раза.

**Результаты и обсуждение.** ЭСТ применялась без наркоза и миорелаксантов в 22 случаях (пациенты находились в сознании,



во время процедуры были конвульсии); в 13 – ЭСТ представлялась как болезненная процедура (об этом судили по отзывам пациентов и косвенно: во время сеанса ЭСТ пациенты находились в сознании, пытались вырваться, кричали). В семи случаях ЭСТ применялась для наказания агрессивных и непослушных больных; в пяти – вызывала повреждения мозга (приводила к кататонии, амнезии, слабоумию, припадкам). В четырех сюжетах ЭСТ проводилась вне специального кабинета (в подвале, тюрьме, домашних условиях); в трех – ЭСТ использовалась для убийства. Только в двух случаях перед процедурой с пациентом оформлялось информированное согласие на такое лечение.

Целью применения ЭСТ было лечение психических расстройств (галлюцинаций, МДП, шизофрении, асоциального поведения и прочей патологии) в 19 случаях. Однако лишь в двух сюжетах было показано, что ЭСТ предпочтительней психофармакотерапии (лечебный эффект наступал быстрее). Метод использовался для наказания непослушных и агрессивных больных (после драки с персоналом больницы, к пациентам, нарушающим больничный распорядок) в 10 фильмах, для стирания памяти – в трех и для убийства – в трех.

Самыми известными фильмами, демонстрирующими ЭСТ, являются «Пролетая над гнездом кукушки» (США, 1975) и «Реквием по мечте» (США, 2000). Оба фильма – обладатели премии «Оскар». Единственным сюжетом, снятым в России, был сериал «Клетка» (2003). В нем ЭСТ применяется в качестве наказания непослушной больной, проводится без наркоза и миорелаксантов, выглядит как очень болезненная процедура. В мультсериале «Симпсоны» (США, с 1989), признанного журналом «Time» в 1998 г. лучшим телесериалом XX века, ЭСТ используется для лечения галлюцинаций.

С 1948 по 2008 г. образ ЭСТ был представлен положительным только в пяти (14,3%) случаях (после лечения состояние пациентов улучшилось), в девяти (25,7%) – неопределенным, т.к. невозможно составить однозначное мнение, и в 21 случае (60%) – отрицательным (ЭСТ использовалась для наказания, вызывала повреждение мозга, была болезненной, опасной и смертельной процедурой).

Таким образом, образ ЭСТ в кинематографе далек от реальности, т.к. данная процедура чаще всего используется не в медицинских целях. Как правило, перед курсом ЭСТ больной не знакомится в доступной форме с особенностями такого лечения, не оформляется информированное согласие. Процедура проводится без анестезии и миорелаксантов, вне специализированного кабинета (отделения) и необученным персоналом. Внимание зрителей акцентируется на глубоких и необратимых повреждениях мозга, что опровергается результатами современных научных исследований. Кинематограф преимущественно формирует у зрителя впечатления об ЭСТ как о brutальном и шокирующем методе лечения, вызывая резко отрицательные оценки и сверхсильные эмоции. Процедура представляется мучительной и болезненной. Кинематографисты, используя сцены ЭСТ, как экстремальное зрелище, определенно, преследуют в первую очередь коммерческие и прочие цели, зарабатывают рейтинги популярности и скандальности, не заботясь о правдоподобности и последствиях такого показа для зрителей.

## ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ОБ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ

А.В. Голенков, Д.Н. Крылов, А.Б. Цымбалова,  
Ю.Н. Малышкина, Е.А. Сподина  
Чувашский государственный университет,  
Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары

Электросудорожная терапия (ЭСТ) – метод, который используется в психиатрии уже более 70 лет для лечения психических расстройств (ПР). Отношение к методу у пациентов психиатрических учреждений в целом отрицательное. Показатели информированности психически больных нуждаются в конкретизации и изучении.

**Материалы и методы.** В марте 2010 г. невыборочно опрошено 270 психически больных (139 мужчин и 101 женщина) в возрасте от 16 до 80 лет (средний –  $38,6 \pm 13,7$  года), находящихся на лечении и экспертизе в Республиканской психиатрической

больнице г. Чебоксары. Исследование не проводилось в отделениях сестринского ухода, детском и первом мужском из-за неспособности большинства пациентов этих подразделений участвовать в интервьюировании. Использовалась анкета из 14 вопросов G. Gazdag et al. (2004), затрагивающая основные аспекты применения ЭСТ. Математико-статистическая обработка осуществлялась с помощью  $\chi^2$ -распределения.

**Результаты и обсуждение.** Что-либо знали об ЭСТ 90 больных (33,3%) из 270. Получили информацию об ЭСТ от врачей – 33,9% респондентов, от других психически больных – 39,3, из средств массовой информации и книг – 16,1; художественных фильмов – 8,9, Интернета – 1,8; точно не помнили источник информации – 37,8%. Оказалось, что мужчины почти в два раза чаще, чем женщины слышали об ЭСТ (42 против 21,1%;  $p < 0,001$ ). Больше осведомленными были больные, проживающие в городе ( $p = 0,02$ ), находящиеся на принудительном лечении или на стационарной экспертизе ( $p < 0,001$ ). Существенно хуже были показатели пациентов клинического отделения («первого психотического эпизода») и дневного стационара ( $p < 0,001$ ).

Когда-либо проводилась ЭСТ 19 больным (21,1% из 90). Они намного чаще получали информацию об этом методе лечения от врачей ( $p < 0,001$ ). Улучшение в психическом состоянии после ЭСТ отметили 42,1% больных, сомневались в оценках – 47,4, отрицали изменения в состоянии – 10,5%.

Считали ЭСТ опасным методом лечения 28,9% и затруднились ответить на этот вопрос 46,7%, хуже, чем психотропные средства – 33,3 и 24,4% соответственно. 47,8% полагали, что ЭСТ может проводиться нелегально, 28,9% сомневались (чаще так считали больные, которым не проводились сеансы ЭСТ;  $p < 0,05$ ). Во многом схожими оказались ответы о том, что ЭСТ используют для наказания непослушных больных и часто злоупотребляют (согласились по 12,2% и сомневались 32,2 и 22,2% респондентов). Отрицательные ответы были характерны для больных, которым проводилась ЭСТ ( $p < 0,05$ ). Мучительной (болезненной) процедурой считали 43,3%, сомневались 14,4%, «средством последней надежды» – 45,6 и 13,3% (различий не выявлено). Дали бы согласие на проведение (повторение) ЭСТ в

будущем в случае ухудшения психического состояния 26,7% респондентов; затруднились ответить 4,4% (намного чаще соглашались больные, получающие ЭСТ; 73,4 против 14,1%;  $p < 0,001$ ).

Негативное отношение больных к ЭСТ связано в первую очередь с недостаточной информацией об этом методе лечения. Определенное влияние на оценки могли оказывать пациенты, считающие ее не лечением, а методом злоупотребления и наказания. Нельзя исключать недостаточную подготовленность ряда больных к процедуре, объяснение на доступном им уровне, в чем состоит суть процедуры, и для чего она будет проводиться.

Таким образом, большинство ( $\frac{2}{3}$ ) больных с ПР ничего не знают об ЭСТ. Респонденты часто пользуются недостоверной и искаженной информацией, полученной от других больных, из средств массовой информации и художественных фильмов. Больные нуждаются в расширении знаний об ЭСТ. Медицинским сестрам и врачам следует усовершенствовать подготовку к такому виду лечения, более тщательно подходить к процедуре получения информированного согласия на проведение ЭСТ.

## ПРЕДСТАВЛЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ЧУВАШИИ О ПСИХИАТРИИ (ВНУТРИТЕРРИТОРИАЛЬНОЕ СРАВНЕНИЕ)

А.В. Голенков, С.А. Сафронов  
Чувашский государственный университет, Чебоксары,  
Алатырская психиатрическая больница

В опросе репрезентативной выборки населения Чувашии нами были подтверждены широко распространенные мифы о психически больных, психических расстройствах (ПР) и психиатрических учреждениях. Отношение респондентов к методам лечения ПР оказалось терпимым, к психически больным и больницам – стигматизированным. Врачи-психиатры пользовались доверием и авторитетом у населения республики, что отличалось от общепризнанных представлений (Голенков А.В., 2010). Однако не изученными остались внутритерриториальные различия.

**Материалы и методы.** Использовались результаты опроса 2200 жителей республики (882 мужчины, 1318 женщин) в возрасте от 18 лет до 81 года (средний –  $36,9 \pm 14,8$  года), которые составили две группы. В первой было 630 чел. из Алатырского района, во второй – 1606 чел. из г. Чебоксары и различных районов Чувашии. Жители города составили 72,5%, сельской местности – 27,5%. Начальное образование имели 2,7% респондентов, среднее – 25,5, среднее специальное – 26,6, незаконченное высшее – 4,2, высшее – 41,0%.

Опросник содержал 20 утверждений, основу которых составили вопросы шкал Р. Вурга et al. (1982) и J. Ritscher et al. (2003), а также концептуальные положения (психиатрическая мифология, образы) исследований отечественных авторов (Свердлов Л.С., Скорик А.И., 2008; Ястребов В.С., Трущелев С.А., 2009). Использовалась 4-балльная оценка: «Да» – 4, «Скорее да» – 3, «Скорее нет» – 2, «Нет» – 1. Математико-статистическая обработка осуществлялась с помощью описательной статистики и однофакторного дисперсионного анализа.

**Результаты и обсуждение.** Респонденты первой группы реже считали больных с ПР глупыми («дураками») ( $p=0,01$ ), не соглашались признавать их талантливыми и гениальными людьми ( $p<0,001$ ), а ПР – неизлечимыми ( $p<0,001$ ). Однако чувствовали себя неловко в их присутствии ( $p<0,001$ ). Во второй группе оказалось больше респондентов, признавших ПР такими же, как и другие заболевания ( $p<0,001$ ). Они считали современные методы лечения ПР вредными (опасными) для здоровья ( $p<0,0001$ ), отрицали существенный вклад психиатрических больниц в лечение психически больных ( $p<0,0001$ ).

Большинство, независимо от места жительства (группы), полагали, что психически больные имеют тенденцию к насилию (71,4%), являются обузой для общества (85,2%); не хотели бы с ними познакомиться (82,7%).

Жители Алатырского района чаще считали врачей очень уважаемыми в обществе людьми ( $p<0,001$ ). Респонденты второй группы чаще полагали, что они злоупотребляют при выполнении своих должностных обязанностей ( $p<0,01$ ), исцеляют при помощи ненаучных методов лечения: «кодирования», какой-то таинственной силы и др. ( $p<0,02$ ).

По мнению большинства опрошенных обеих групп, врачи-психиатры вполне нормальные и адекватные люди (63,1%), лишенные мистики, парапсихологических способностей (68,5%), законопослушные (64,3%), как правило, помогают своим пациентам (56,3%) и лечат их при помощи научных методов (75,3%). К сожалению, многие признали, что психиатрические больницы ненамного лучше, чем тюрьмы (55,8%).

Различия между респондентами двух групп объясняются разницей в возрасте ( $p < 0,001$ ) и уровнем образования ( $p < 0,001$ ), возможно, социально-психологическими особенностями двух групп. В Алатырском районе укомплектованность врачами-психиатрами выше, чем в республике в целом, имеется психиатрическая больница, т.е. психиатрическая помощь больше приближена к населению, что тоже может играть роль в отношении к психически больным, врачам, методам лечения и лечебным учреждениям.

Таким образом, существуют внутритерриториальные различия во взглядах на психиатрию. Мнения сильно варьируют в сравниваемых группах. Психиатрическая грамотность населения нуждается в улучшении.

## ВЗГЛЯД ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНИСТОВ НА ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА (на примере депрессий)

Е.А. Дубицкая, Г.Н. Носачев

Самарский государственный медицинский университет

Увеличение числа депрессивных состояний в психиатрической и общемедицинской сети ставит перед врачами задачи по ранней диагностике, своевременности терапии и последующей реабилитации. Подтверждением этому служит разработанная Всемирной организацией здравоохранения «Концепция тяжести болезни», в которой отмечено, какие психические расстройства оказывают влияние на качество жизни пациентов. Неотъемлемой частью вышеуказанной концепции, требующей тщательного исследования, является проблема стигматизации и дискриминации лиц с душевными заболеваниями.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 2 группы респондентов (всего 120 чел.): «Врачи» (разных специальностей) и в качестве сравнения – «Врачи-психиатры». Использовался метод интервью, в основу был положен опросник «Психическое нездоровье в общественном сознании», разработанный В.С. Ястребовым и др. (2001). Исходя из поставленных задач, опросник был адаптирован и дополнен необходимыми утверждениями (всего 180 пунктов с ответами «верно/неверно»), касающимися депрессивных состояний.

**Результаты и обсуждение.** Все респонденты группы «Врачи» придерживались мнения, что больные депрессией должны лечиться у специалистов, полагали, что выставляемый врачами диагноз достоверен, при терапии депрессии следует использовать медикаментозные средства, современные антидепрессивные препараты эффективны, не приносят большого вреда пациентам и не вызывают зависимость. Подавляющее большинство респондентов оптимистически оценивали прогноз депрессии, несмотря на то, что большая часть врачей считала, что данное заболевание лечится недостаточно эффективно. Расхождения между двумя подгруппами врачей по данным вопросам не превышали 15-25%. Однако врачи других специальностей в 4 раза чаще недооценивали социальной опасности суицидального поведения депрессивного пациента.

Часть респондентов, в большем объеме врачи других специальностей, придерживалась архаических взглядов, в частности, допускала, что больные депрессией могут получать помощь у экстрасенса (0 и 13,33%), астролога (6,67 и 36,67%), знахаря (15 и 40%), а само заболевание может возникать от ворожбы, привороты, порчи или быть наказанием за грехи (3,33 и 5,67%). При этом врачи других специальностей рекомендовали лечиться у священника (36,67%) и обращаться за помощью в церковь или монастырь (10%).

Подавляющее большинство респондентов группы «Врачи» оценивали характерологические и личностные особенности больных депрессией весьма противоречиво и неоднозначно. Риск суицида больных депрессией врачи оценивали правильно, включая необходимость госпитализации.

Отношение респондентов к больным депрессией в большинстве случаев позитивно, построено на гуманных принципах. Респонденты полагали, что ограничение прав больных должно определяться в каждом случае индивидуально, но около 1/3 респондентов допускало принудительное лечение больных. Вместе с тем подавляющее большинство респондентов считали, что больной депрессией не должен водить машину, служить в правоохранительных органах и иметь оружие и т.д. Оценивая сегодняшнее положение дел, респонденты полагали, что права больных часто ущемляются и отношение к ним в обществе во многом предвзятое.

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ-ИНВАЛИДОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Е.А. Мальцева, М.В. Злоказова  
Кировская государственная медицинская академия,  
Психиатрическое бюро МСЭ по Кировской области

В психиатрии активно изучаются вопросы социального функционирования и качества жизни (КЖ) различных категорий пациентов, что необходимо для разработки реабилитационных программ, а также для оценки эффективности проводимой терапии.

По данным отчетов психиатрических бюро МСЭ по Кировской области, за последние 10 лет среди впервые признанных инвалидами доля пациентов с шизофренией составляет в среднем 31,7%. Среди них молодых пациентов (от 18 до 45 лет) – 76,1%, из них 67% имеют 2 группу инвалидности.

**Целью** нашего исследования являлось изучение КЖ пациентов-инвалидов молодого возраста, страдающих шизофренией.

**Материалы и методы.** На базе психиатрического бюро №15 ФГУ «Главное бюро МСЭ по Кировской области» было проведено анкетирование 31 пациента с шизофренией в возрасте от 18 до 44 лет (женщин – 32,3%, мужчин – 67,7%) с использованием опросника ВОЗ КЖ-100.

**Результаты и обсуждение.** Среди обследованного контингента большинство пациентов (77,4%) страдали параноидной шизофренией с непрерывным и приступообразно-прогредиент-



ным типами течения. Преобладали апато-абулический (51,6%) и смешанный (параноидный, апато-абулический) (25,8%) типы ремиссии. 2 группу инвалидности имели 64,5% пациентов, 3 группу – 35,5%.

По результатам опросника ВОЗ КЖ-100, очень плохой и плохой уровень КЖ (от 4 до 10 баллов) пациенты имели по следующим критериям:

- нарушения в физической сфере – 38,7% (из них беспокоили боль и дискомфорт – 48,8%, расстройства сна – 48,8, снижение энергии и усталость – 35,5%);
- нарушения в психологической сфере – 29,1% (среди них недостаток положительных эмоций испытывали 45,2%, избыток отрицательных эмоций – 38,7, снижение когнитивных функций – 31,3, имели низкую самооценку – 32,5%, были недовольны своей внешностью – 19,4%);
- снижение уровня независимости – 22,6% (из них зависимость от проводимой терапии отмечали 51,6%, трудности в выполнении повседневных дел – 22,6, снижение работоспособности – 38,7%);
- нарушение социальных взаимоотношений – 35,5% (из них нарушения личных отношений (дружба, любовь) имели 29,1%, снижение сексуальной активности – 61,3, снижение социальной поддержки (т.е. возможность получить практическую помощь со стороны семьи и друзей в разрешении семейных и личных проблем) – 32,2%);
- окружающая среда – 19,3% (из них недостаток безопасности и защищенности от нанесения физического ущерба испытывали 29,1%, были неудовлетворены жилищными условиями – 25,9, финансовыми ресурсами – 45,2, доступностью и качеством медицинской и социальной помощи – 16,2, имели снижение желаний и возможности получения новых знаний и навыков – 19,4, снижение желаний и возможности отдохнуть – 29,1, негативное влияние экологии на КЖ отмечали 25,9, снижение доступности транспортных средств (велосипед, автомобиль, автобус и т.д. – 32,3%);
- нарушения в духовной сфере – 9,1%.

Таким образом, у пациентов-инвалидов молодого возраста, страдающих шизофренией, были выявлены ограничения соци-

ального функционирования и снижение КЖ во всех ее областях, чаще всего они регистрировались в физической сфере и социальных взаимоотношениях. Оценка КЖ в каждом конкретном случае способствовала более глубокому анализу состояния пациента, его субъективных потребностей, состояния в целом и разработке комплексной программы реабилитации с учетом выявленных проблем.

## АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ НАСЕЛЕНИЯ, ПОСТРАДАВШЕГО В РЕЗУЛЬТАТЕ АВАРИИ НА САЯНО-ШУШЕНСКОЙ ГЭС

Д.М. Мухамадиев, Л.В. Чибисенкова  
Международная Федерация Обществ Красного Креста  
и Красного Полумесяца,  
Российское Общество Красного Креста, Москва

Оказание комплексной психосоциальной помощи является одним из приоритетных направлений деятельности Международной Федерации Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца (МФОККиКП), что нашло свое отражение в Концепции МФОККиКП по оказанию психосоциальной помощи (МФОККиКП, 2009).

В рамках данной концепции Российское Общество Красного Креста развивает практический опыт по оказанию психосоциальной помощи пострадавшим при различных чрезвычайных ситуациях, что позволило обеспечить психосоциальной помощью население, пострадавшее в результате террористического акта в Беслане (2004), взрыва на шахтах в Кемерово (2007), аварии на Саяно-Шушенской ГЭС (СШГЭС) и пожара в ночном клубе в г. Пермь (2009).

В первые сутки после аварии на СШГЭС Российский Красный Крест при поддержке МФОККиКП силами команды обученных добровольцев и психологов в сентябре–декабре 2009 г. оказывал экстренную психосоциальную помощь населению пос. Черемушки, обслуживающему станцию (9011 чел.), а также населению пос. Майна (5906 чел.), которые также оказались в сложной ситуации. Общее число пострадавших в результате

аварии составило 408 чел. (из них 75 семей погибших), в том числе 74 ребенка и подростка, 34 пожилых, 300 сотрудников СШГЭС и члены их семей.

Таким образом, в течение четырех месяцев была оказана краткосрочная экстренная психосоциальная помощь пострадавшим и возникла необходимость в оценке долгосрочных социально-психологических потребностей и организации комплексных программ психологической реабилитации.

Приводим результаты анализа средне- и долгосрочных потребностей населения после аварии на СШГЭС. Основным инструментом послужил анализ 23 анкет по вопроснику для оценки типичных реакций пострадавших при чрезвычайных ситуациях и включал в себя следующие индикаторы: эмоциональное благополучие, социальное благополучие, полученные знания и навыки. Вопросник заполнялся по результатам бесед и записей наблюдений. Были получены следующие результаты. Эмоциональное состояние: более 50% подопечных находились в острой фазе переживания горя, с симптомами страха повторения бедствия, безнадежности, беспомощности, с чувством потери и отсутствием доверия к власти. Более 30% пострадавших испытывали эмоциональную скудность и апатию, гнев и раздражение, чувство вины, отсутствие жизненных сил и планов на будущее. Поведение: более 50% подопечных были способны сконцентрироваться, сохранили чувство принадлежности к социуму, способность решать конфликты адекватными мерами и помочь другим. У более 30% пострадавших отмечалось снижение навыков социального функционирования. Оценка социальных потребностей пострадавших показала наличие эмоциональных переживаний, страха и тревоги, связанных с последствиями аварии на ГЭС, и тревоги за безопасность родных и близких.

Таким образом, оказание экстренной психосоциальной помощи пострадавшим при чрезвычайных ситуациях является эффективной лишь для 50% пострадавших, что доказывает необходимость организации комплекса мер по социально-психологической реабилитации на долгосрочной основе. Результаты оценки потребностей позволят службам здравоохранения обеспечить оказание адресной помощи и улучшение психического здоровья пострадавших.

## КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Е.В. Никитина

Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары

В Чувашии в 2009 г. врачами-психиатрами зарегистрировано 1 793 больных эпилепсией, 1 073 чел. (60%) – мужчины. Социальные вопросы, касающиеся данного контингента больных, изучены недостаточно.

Обследовано 200 больных эпилепсией, из них 100 мужчин, 100 женщин. Учитывался 21 социально-демографический параметр. Возраст больных варьировал от 18 до 70 лет (средний возраст – 36,6 года). Среди обследованных лица наиболее социально значимого возраста (18-40 лет) составляли 66%. Пик распространенности эпилепсии наблюдался в возрастной группе 31-40 лет. Среди пациентов преобладали лица со среднеспециальным и среднетехническим образованием – 45,5%, полное среднее – 28%, высшее и начальное образование – соответственно 18 и 8,5%.

Инвалидами являлись 51,5% больных, среди них преобладали неработающие инвалиды (87,4%). Только 39% больных эпилепсией работали. Подавляющее большинство работающих заняты на низкоквалифицированных работах. 46% состоят в браке, 38% – не замужем (холост), 14,5% – разведены, 1,5% – вдовы (вдовцы); 54% больных имеют детей.

Диагноз симптоматической эпилепсии был установлен у 68,5% больных, криптогенной – у 26,5%, идиопатической – у 5% больных. У 81% больных выявлена эпилепсия с фокальными синдромами (при симптоматической или предположительно симптоматической эпилепсии); доля пациентов с генерализованными синдромами эпилепсии составила 19%.

Средний возраст больных к периоду дебюта заболевания составил 18,9 года. Дебют заболевания наблюдался в возрасте 0-1 года у 9,5% больных, 1-10 – у 0,5%, 11-20 – у 30%, 21-30 – у 21%, 31-40 – у 12,5%, 41-50 – у 4,5%, 51-60 лет – у 2% больных. Более 20 лет болели 44% обследованных.

Во всей популяции у 33,5% пациентов происходило от 1 до 12 приступов в год, у 59,5% – более 12 приступов в год, в меди-

каментозной ремиссии находилось 7% пациентов. Не имели изменений личности 0,5% больных, имелись легкие изменения личности – 35,5%, умеренные – 45,5%, выраженные изменения личности – 18,5%.

Проходили стационарное лечение 81% больных, в том числе в психиатрической больнице – 46%. Регулярно принимали противэпилептических препаратов или препараты не лечились.

Наиболее частым фактором риска развития эпилепсии была черепно-мозговая травма, которая было отмечена в анамнезе у 60% пациентов, чаще у мужчин, чем у женщин. Интраперинатальная патология встречалась у 19,5% больных, 13% опрошенных злоупотребляли алкоголем, чаще мужчины. Кисты головного мозга, нейроинфекции и дегенеративные заболевания ЦНС выделялись как этиологические факторы в 12,5, 12,5, 3% случаев соответственно. У 1,5% пациентов были обнаружены артериовенозные альформации. Наследственность по эпилепсии и судорогам была отягощена у 1% пациентов.

Проведенное исследование позволило получить предварительные данные о клинико-социальных особенностях больных эпилепсией в нашей республике. Они свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения данной проблемы и улучшения помощи больным эпилепсией, включая совершенствование фармакотерапии этого заболевания в Чувашии.

## ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЙ АСПЕКТ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В РЕСПУБЛИКЕ АЛТАЙ

И.Д. Санашева, Горно-Алтайск

В последние годы в психиатрии все большее внимание уделяется этнокультуральным (транскультуральным) исследованиям, что свидетельствует об актуальности такого рода работ для дальнейшего развития теории и практики психиатрии, а также для разработки мероприятий по оптимизации психиатрической помощи населению. Между тем в Республике Алтай подобных исследований не проводилось. Поэтому нам представлялось целесообразным проанализировать психические расстройства,

развивающиеся у жителей республики, с этнокультуральных позиций.

Исследование включало сравнительную оценку наиболее тяжелых проявлений психической патологии, требующих стационарной помощи, у больных, относящихся к алтайскому и русскому этносам, и основывалось на изучении медицинской документации всех пациентов, лечившихся в течение года в Горно-Алтайской республиканской психиатрической больнице. Больница является единственным учреждением в республике, оказывающим стационарную помощь больным, нуждающимся в ней из-за тяжести состояния, что позволяет полагать, что полученные на основании ее медицинских материалов данные отражают реальную ситуацию с наиболее тяжелыми проявлениями психических заболеваний у населения Республики Алтай.

В республике, согласно переписи, проживало 202 947 чел. Из них алтайцев – 67 854 (30,6%), русских – 116 510 (57,4%), представителей иных национальностей – 18 583 (12,0%).

В течение года в больнице лечилось 996 больных с разными формами психической патологии, структура которой включала шизофрению, органические заболевания головного мозга, эпилепсию, умственную отсталость, психозы позднего возраста и расстройства личности.

В пересчете на 100 тыс. населения были обнаружены заметные отличия показателей этих расстройств у алтайского и русского этносов. Они составили для шизофрении – 116,43 и 96,99; органических заболеваний головного мозга – 73,69 и 54,07; эпилепсии – 29,48 и 13,73; умственной отсталости – 33,90 и 15,45; психозов позднего возраста – 7,37 и 25,75; расстройств личности – 23,58 и 31,76 соответственно.

Анализ причин отличий распространенности выраженных проявлений психической патологии у представителей разных этносов населения Республики Алтай позволил высказать предположение о том, что они могут быть во многом обусловлены этнокультуральными факторами. Полагаем, что полученные данные свидетельствуют о целесообразности продолжения начатых исследований.

## МНЕНИЕ ОБЩЕСТВА О ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, ПСИХИАТРАХ И ПСИХИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНИЦАХ

С.А. Сафронов, М.Г. Доморошинова  
Алатырская психиатрическая больница

Психиатрия, по сравнению с другими медицинскими специальностями, всегда привлекала особое общественное внимание. В сознании людей все еще живут такие представления о психиатрии и о психических явлениях, которым уже давно пора кануть в прошлое. Сложился миф о неизлечимости психических расстройств (ПР), опасности психически больных, полной непредсказуемости их поведения. Существует множество предрассудков в отношении врачей-психиатров. Известие о том, что человек был на приеме у психиатра подчас расценивается как доказательство его «неполноценности». Отмечается также предвзятое отношение к психиатрическим больницам, которые воспринимаются лишь как способ изолирования больных от общества, а не лечения. В создавшихся условиях возрастает роль стигмы, или статуса психически больного в обществе.

Опрошено 634 респондента (мужчин – 29,2%, женщин – 70,8%), в возрасте до 38 лет – 51,5%, 38 лет и старше – 48,5%. Использован оригинальный опросник из 20 вопросов, которые касались основных сфер психологического и социального отношения общества к лицам, страдающим ПР, врачей-психиатров, особенностей восприятия психиатрических клиник. Респондентам предлагалось 4 варианта ответа: «да», «скорее да», «скорее нет» и «нет».

Большинство респондентов обнаруживали недостаточную компетентность в вопросах, касающихся клиники ПР, демонстрировали высокую степень социальной удалённости от душевнобольных. Так, 67,1% респондентов считали, что лица, страдающие ПР, не вносят какого-либо вклада в общественную жизнь, т.е. несостоятельны. 17,1% уверены в том, что психические больные – малоталантливые и негениальные люди, 18,7% считали их глупыми людьми.

Слова, обозначающие лиц с различными ПР, или производные от них («дебил», «шизо», «идиот», «кретин», «олигофрен»,

«психопат» и т.п.) прочно вошли в лексикон и часто используются в моменты эмоциональных срывов в качестве ругательств и оскорблений. Считаем, что это является ещё одним фактором стигматизации.

Боязнь агрессии со стороны душевнобольных требует серьёзного рассмотрения. Так, 45,8% респондентов утверждали, что психически больные имеют тенденцию к насилию, 53,7% отмечали чувство неловкости в присутствии человека, страдающего ПР, 63% опрошенных категорически отказывались поддерживать какие-либо отношения с психически больными.

При рассмотрении оценок врачей-психиатров отмечались достаточно положительные результаты. 45,1% респондентов считали врачей-психиатров уважаемыми в обществе людьми, 36,4% были уверены, что они могут многое сделать для своих пациентов. Однако 20,5% респондентов полагали, что врач-психиатр – это врач, который «видит насквозь», «читает мысли», 16,7% утверждали, что врач-психиатр исцеляет при помощи ненаучных методов лечения.

Естественно, что наиболее действенная и рациональная медико-психиатрическая помощь предоставляется в условиях психиатрического стационара. К сожалению, общество до сих пор считает, что психиатрические больницы не лучше, чем тюрьмы (по данным опроса, так считали 38,1% респондентов).

Очевидно, что общество, в котором царят средневековые предрассудки, мифы, первобытный страх перед «Другим», не может считаться цивилизованным, гуманным. Только в условиях толерантности и просвещения гуманистические ценности и добродетели могут реализовываться в реальном поведении людей естественным образом. Нужно стремиться к тому, чтобы как можно шире распространялись знания по психиатрии, как можно больше людей были знакомы с ее проблемами и с теми огромными возможностями, которые предоставляет в этой области наука. Если общественное мнение будет относиться к психически больным людям не с точки зрения энергичной самозащиты от «опасности», а стремясь понять больного человека и суть происходящих с ним явлений, то гораздо большие успехи могут быть достигнуты и в борьбе с ПР.



## ВЛИЯНИЕ ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫХ И РЕЛИГИОЗНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ НА КОПИНГ-МЕХАНИЗМЫ У ЛИЦ, ПЕРЕЖИВШИХ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИЕ СИТУАЦИИ

И.С. Хажуев, К.А. Идрисов

Чеченский государственный педагогический институт, Грозный

В современном мире человек постоянно подвержен воздействию чрезвычайных ситуаций, сопряженных с риском для его психического и физического здоровья. Последствием этих ситуаций могут стать различные психические расстройства, в том числе и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

ПТСР – это непсихотическая реакция на психотравмирующие события, такие как природные и техногенные катастрофы, боевые действия, пытки, изнасилования и др. Эти события так резко отличаются от обычного опыта человека, что способны вызвать патологическую психофизическую реакцию практически у любого человека (Тарабрина Н.В., 2001). В такой ситуации человеческая психика стремится смягчить развившийся дискомфорт, купировать эмоционально тяжелые напоминания о травме, в результате чего у пострадавшего меняется отношение к себе и к окружающему миру, происходит переоценка и переосмысление отдельных событий и жизни в целом, что приводит к формированию специфических механизмов совладания или копинг-механизмов.

Механизмы совладания это не только поведенческие усилия, но и внутриспсихические усилия по разрешению внешних и внутренних требований, а также возникающих между ними конфликтов, которые требуют напряжения сил или даже превышают эти силы (Набиуллина Р.Р. и др., 2003). В связи с этим копинг-поведение можно определить, как «стремление к решению проблем, которое предпринимает индивид, если требования имеют огромное значение для его хорошего самочувствия, как в ситуации, связанной с большой опасностью, так и в ситуации, направленной на большой успех, поскольку эти требования активируют адаптивные возможности» (Lazarus R.S., 1966). Копинг вступает в действие, когда сложность задач превышает энергетическую мощность привычных реакций, и требуются но-

вые затраты, а рутинного приспособления недостаточно (Нартова-Бочавер С.К., 1997). При этом важное значение, помимо купирования стресса, имеет также предшествующая ему когнитивная оценка стрессовой ситуации и его последствий для индивида.

Таким образом, «копинг» – или «преодоление стресса» рассматривается как деятельность личности по поддержанию или сохранению баланса между требованиями среды и ресурсами, удовлетворяющими этим требованиям (Cooper J., 1981). А психологическое предназначение «копинга» состоит в том, чтобы как можно лучше адаптировать человека к требованиям ситуации, позволяя ему овладеть ею, ослабить или смягчить эти требования. Обеспечение и поддержание благополучия человека, физического и психического здоровья и удовлетворенности социальными отношениями (Weber H., 1992).

Способность человеческой психики успешно преодолевать большие личные трагедии, безусловно, является впечатляющим механизмом в структуре психической деятельности. Несмотря на тяжелые психотравмирующие события, большинство людей, попавших в такие ситуации, достигают уровня психологического комфорта равного или даже превосходящего уровень комфорта до трагического события. По данным некоторых исследований более или менее успешно самостоятельно преодолевают экстремальные события около 80% людей. Что особенно важно, они добиваются этого, используя собственные внутренние психологические ресурсы и механизмы совладания, не прибегая к помощи специалистов психологов и психотерапевтов. При этом значительное влияние на преодоление стрессовых ситуаций оказывают этнокультурные и религиозные особенности лиц переживших кризисные события.

Таким образом, совладание с психотравмирующими событиями обусловлено, в первую очередь, духовным содержанием психической жизни индивида, его религиозными установками, поскольку в критические моменты развития общества популярность религиозных взглядов и ценностей значительно возрастает, как на уровне социума, так и отдельной личности, а религия отражается в мировоззрении принявшего ее человека в виде религиозности, проявляющаяся в сознании и поведении человека.

Сама религия становится как бы защищающим «аналогом» первичного Бытия, в которую можно ускользнуть от всех бед и опасностей (Ранк О., 2004). Она выполняет компенсаторную функцию, выражающуюся в поддержке людей, испытывающих трудности (Мануйлова Д.Е., 1975), в надежде на помощь Бога в разрешении жизненных проблем, в снятии ежедневных стрессов, сохранении покоя, в утешении (Яблоков И.Н., 2001).

Вместе с тем, необходимо отметить, что этнокультурные и религиозные особенности формирования копинг-механизмов у лиц, переживших психотравмирующие события, изучены явно недостаточно, особенно среди населения, длительное время находившихся в условиях чрезвычайной ситуации, что требует проведения специального исследования.

## **СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ И ПРОБЛЕМЫ ЭКСПЕРТИЗЫ**

### **ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНОГО ПСИХОТИПА НА ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН-ПРЕСТУПНИЦ**

А.Н. Адоньева

Ставропольская медицинская академия

Основные направления предупреждения насильственных преступлений, совершаемых женщинами, должны носить системный характер и опираться на стратегическое партнерство государства и общества. Фундаментальной предпосылкой снижения насильственной преступности женщин должно стать восстановление соответствия между институциональным строем и духовной жизнью, системой ценностей личности, когда важнейшие социальные институты – семья, гражданское общество и государство – превращаются в базовые и приоритетные ценности.

**Цель исследования:** психологическая и психопатологическая феноменология преступниц с шизо-циклоидной структурой личности.

**Материал и методики исследования** включали многовекторный психопатологический и патопсихологический анализ, личностные, проективные, клинические опросники и методики, резуль-

таты которых были подвергнуты кластерному и дискриминантному анализу. Эмпирически обследовано 86 женщин, клинико-патопсихологическим методом – 58 женщин, совершивших преступления. Из них с шизо-циклоидной структурой личностного психотипа было выделено 22, с эпилептоидным психотипом – 36 женщин. Все были распределены в конституционально-континуальном пространстве личности. В диапазоне психологической нормы – акцентуации – никто из обследованных не располагался. В диапазоне пограничной аномальной личности (ПАЛ) среднестатистические патопсихологические и психопатологические параметры соответствовали 34 обследованным, в диапазоне расстройств личности (РЛ) – 24 женщинам, совершившим преступление.

**Результаты.** Среди преступниц не было женщин, чьи среднестатистические параметры изучаемых показателей соответствовали бы психологической норме. Обращено внимание на тот факт, что лица с шизо-циклоидной структурой личностного психотипа практически всегда являлись лидерами небольших преступных группировок для совершения разбойных нападений и других опасных правонарушений. Иногда привлекали мужчин или подростков, но последние не знали, кто заказчик различных противоправных деяний. Преступления быстро и тщательно планировались лидерами, которые отличались изощренностью, непредсказуемостью, особой циничностью и хладнокровностью. Другие члены группы не посвящались во все детали будущего преступления, оговаривались лишь условия вознаграждения. Однако лидер, интеллектуальный центр группы, всегда прорабатывала все детали преступления с каждым членом группы отдельно и несколько раз, пока не появлялась уверенность, что «уроки усвоены». Совместные групповые «посиделки» характеризовались особой эмоциональной заряженностью, психологической агрессивностью, дегуманизационной идеологией в отношении общественного строя и социальной среды, а также в особенности в отношении будущих жертв. Преступления планировались и совершались в любое время суток, отличались особой дерзостью и незапностью. «Отступницы» карались неотвратимо, жестоко и хладнокровно, что вселяло страх и ужас другим членам группы, которые еще больше сплывались вокруг неуловимой женщины – пре-

ступницы (лидера). После приведения «приговора» в исполнение начинался дележ награбленных ценностей и средств, большую часть откладывали «на черный день» для взяток чиновникам разных ведомств, чтобы лоббировать свои интересы в случае преследования правоохранительными органами. Обязательным ритуалом завершения преступлений являлась групповая попойка: собирались у кого-то дома, на квартире, наглухо закрывались на 2-3 дня – пели, танцевали, «праздновали очередную победу». Мужчин никогда не приглашали.

Результаты феноменологического описания личностного психотипа могут быть использованы в качестве информационной базы для профилактики преступлений.

## ЖЕНСКАЯ ПРЕСТУПНОСТЬ КАК МОДЕЛЬ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ПСИХОТИПОЛОГИЧЕСКОЙ ПРЕДИСПОЗИЦИИ ЛИЧНОСТИ

А.Н. Адоньева

Ставропольская медицинская академия

За годы реформ (1991-2010 гг.) в России зарегистрировано около 45 млн преступлений. Коэффициент преступности (по фактам регистрации) в расчете на 100 тыс. чел. вырос с 407 в 1961-1965 гг. до 2427 преступлений в 2005 г., т.е. увеличился в 4,4 раза (Алексеев А.И., Овчинский В.С., Побегайло Э.Ф.).

Экономический кризис, трансформация политических систем и правовых институтов, переоценка духовных, психологических и материальных ценностей, девальвация позитивных женских эталонов привели к росту криминогенного потенциала. Налицо тотальная криминализация общества, стремительно приближающегося к критической черте, за которой опасность для социального и гуманитарного здоровья нации будет оцениваться не в количественном, а в качественном измерении.

Особенно актуален вопрос о женской преступности против личности. В связи с чем и возникает вопрос, какие конституционно-психотипологические особенности свойственны девушкам-подросткам и молодым женщинам. В абсолютных показателях статистика отчетливо фиксирует увеличение объема женской преступности, при этом насильственная ее часть растет более интен-

сивно, нежели у мужчин. Поведение преступниц, совершающих насильственные действия криминального характера, отмечается возросшей дерзостью и жестокостью, что идет вразрез с традиционным пониманием гендерных отличий. Преступное насилие в криминологии является более широким понятием, охватывающим множество видов поведения, в которых насилие выступает как наиболее угрожающий способ общественно опасного поведения, чаще преступного, но иногда и не урегулированного уголовным законом.

**Материал и методы исследования** включали многовекторный психопатологический и патопсихологический анализ, личностные, проективные, клинические опросники и методики, результаты которых были подвергнуты кластерному и дискриминантному анализу. Ретроспективному анализу подвергнуто 184 уголовных дела, фигурантами которых являлись женщины. Эмпирически обследовано 86, клинически – 58 женщин, совершивших преступления, которых дифференцировали на принадлежность к определенному личностному психотипу. Все были распределены в конституционально-континуальном пространстве личности: психологическая норма – акцентуация, пограничная аномальная личность (ПАЛ), расстройство личности (РЛ).

**Результаты.** Среди обследованных преобладали женщины диапазона ПАЛ и РЛ с шизо-циклоидным психотипом, отличающимся повышенной внешней аффективностью в сочетании с эмоциональной холодностью, сниженным уровнем эмпатичности и прагматизмом. Среди женщин с эпилептоидным личностным психотипом преобладали проявления меркантильности с острой чувственностью и жадой «мести за все». Указанные ведущие черты личности приводили к «нетрадиционным» преступлениям – убийство из хулиганских или корыстных побуждений, в ходе разбойного нападения, убийство по найму. Тяжкие преступления против личности, совершаемые женщинами, отличались значительной прагматичностью, изоэщенностью и жестокостью.

В структуре выявленных личностных психотипов отмечались деформация высших свойств личности, нарастающее падение уровня духовности с преобладанием низших инстинктов и психологическая изоляция от существующей внешней социальной среды. Наблюдалось отрицание прежних гендерно-ролевых

различий с нарастанием проявлений маскулинизации и формированием новых социально приемлемых стереотипов женского поведения. Криминогенное значение личностных аномалий заключается в деструктивном взаимодействии с социальной средой жизнедеятельности.

## ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ МКБ-10 В ЭКСПЕРТИЗЕ ПРОФПРИГОДНОСТИ

Ю.В. Карцовник

Центр психофизиологической диагностики МСЧ МВД  
по Чувашии, Чебоксары

Служба в ОВД РФ относится к психологически крайне сложной профессиональной деятельности, сопровождающейся стрессовыми и экстремальными нагрузками и предъявляющей повышенные требования к адаптационным резервам личности.

Это определяет необходимость выделения при профессиональном отборе «группы риска» с точки зрения прогностически возможных адаптационных нарушений у кандидатов на службу в ОВД и учебу в ОУ МВД России.

Понятие «группа риска» содержит категорию лиц, у которых наследственные факторы, условия развития и воспитания, личностные и функциональные особенности определяют повышенную вероятность возникновения состояний дезадаптации, способствующих развитию нервно-психических и психосоматических заболеваний, девиантного (аддиктивного, делинквентного) поведения, аутоагрессии, приводящих к снижению эффективности и надежности служебной деятельности и профессиональной подготовки.

В последнее десятилетие при профессиональном психологическом отборе экспертная оценка психологической пригодности осуществляется на изучении и анализе трех основных групп факторов (маркеров) «группы риска»: биологических, психосоциальных и факторов риска, выявленных параклиническими методами обследования. Эти группы включают в себя около 100 признаков-маркеров, позволяющих в комплексе получить необходимый объем информации. Начиная с января 2009 г. в ЦПД

МВД по Чувашии профессиональный психологический отбор проводится с применением новых «Методических указаний» с использованием МКБ-10, когда классификатор маркеров факторов «группы риска» сопоставляется с ее рубриками и подрубриками. При профотборе взяты следующие классы:

Класс V. Психические расстройства и расстройства поведения (коды F00-F99).

Класс XVIII. Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках (коды R00-R99). Позволяет классифицировать маркеры «группы риска» на основании:

симптомов и признаков, относящихся к системам кровообращения и дыхания (коды R00-R09, R94.3), выявленных при функциональном обследовании;

симптомов и признаков, относящихся к нервной системе (код R25);

симптомов и признаков, относящихся к познавательным способностям, восприятию, эмоциональному состоянию и поведению (коды R 40-R 46) и позволяющих классифицировать маркеры группы риска на основании результатов психодиагностических (тестовых) исследований, наблюдения и собеседования;

отклонений от нормы, установленных при исследовании крови (код R78), мочи (код R82.6), необходимых при вынесении заключений в случаях присутствия алкоголя или психоактивных веществ в биологических средах.

Класс XX. Внешние причины заболеваемости и смертности (коды V01-Y98). Входящие в данный класс причины указывают на характер состояния и должны использоваться как в качестве дополнения, так и в качестве самостоятельного экспертного маркера:

преднамеренное самоповреждение (коды X77-X79);

дополнительные факторы, имеющие отношение к причинам заболеваемости, классифицируемым в других рубриках (коды Y90, Y91).

Класс XXI. Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращение в учреждения здравоохранения (коды Z00-Z99).

Источниками получения экспертной информации при определении «группы риска» являются:



унифицированный набор основных психологических методов и методик: стандартизованный метод исследования личности, методика многостороннего исследования личности, краткий отборочный тест (КОТ), 8-цветовой тест М. Люшера (использование дополнительных методик не ограничено);

психофизиологические методы исследования профессионально важных качеств, направленные на изучение психомоторных, сенсорных, вегетативных реакций и психических функций (внимание, память, мышление, нервно-психическая устойчивость, уровень адаптации к физическим нагрузкам, вестибулярная устойчивость и другие);

объективные методы исследования профессионально важных качеств на основе методов функциональной диагностики (антропометрические измерения, функциональные исследования сердечно-сосудистой системы в покое и при нагрузке);

специальные психофизиологические исследования с использованием полиграфного устройства;

анализ объективной предметной (профессиональной, служебно-ролевой, учебной) структуры деятельности сотрудника;

методы наблюдения и структурированного собеседования.

Результаты лабораторных методов исследования биологических сред человека могут быть также соотнесены с соответствующими маркерами факторов «группы риска».

В ЦПД в 2009 г. при профессиональном психологическом отборе при структурном анализе маркеров было отмечено, что при экспертизе применялись практически все маркеры. При этом удельный вес самой «группы риска» среди вновь поступающих на службу составил 22,9% – 280 чел. из 1220 кандидатов.

При анализе структуры «группы риска» выявлено, что наибольший процент с «ГР» среди вновь поступающих составили лица с социально-педагогической запущенностью «Z55.-Z55.1» (121 чел.; 43,2%); на втором – лица с акцентуированными личностными чертами «Z73.-Z73.1» (107 чел.; 38,2%); на третьем – кандидаты с эмоциональными проявлениями дезадаптации «R45.-R45.8» (14 чел.; 5%). Удельный вес «группы риска» среди поступающих на учебу составил 20,2% (38 чел. из 188 поступающих). Первое место занимали лица с социально-педагогической запущенностью «Z55.-Z55.1» (14 чел.; 36,8%); вто-

рое – лица с акцентуированными личностными чертами «Z73.-Z73.1» (11 чел.; 29%); третье – лица с внешними проявлениями дезадаптации «R46-R46.8» (4 чел.; 10,5%).

Следует указать, что факторы (маркеры) «группы риска» не отражают точную нозологическую принадлежность, а выявляют слабое звено и используются экспертами для дальнейшего углубленного изучения обследуемых лиц.

Таким образом, применение МКБ-10 в экспертизе профпригодности дает возможность использовать современные критериальные подходы с последующим изучением, сопоставлением и анализом результатов обследований на едином экспертном языке.

## ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Ю.В. Карцовник

Центр психофизиологической диагностики МСЧ МВД  
по Чувашии, Чебоксары

Около 2 лет с целью получения дополнительной (скрываемой) информации, имеющей значение для общей экспертной оценки испытуемого, проводятся специальные психофизиологические исследования (СПФИ) с использованием полиграфа при профессиональном психологическом отборе по направлениям специалистов Центра психофизиологической диагностики. Основные причины СПФИ – сокрытие истинной причины появления рубцов на кожных покровах предплечий и магистральных сосудов, вредных привычек, выяснение целей поступления в МВД и другие. СПФИ проводится после беседы с психологом по тестам, рекомендованным Всероссийским институтом повышения квалификации МВД России, специалистом, имеющим допуск к работе с полиграфными устройствам, только после получения добровольного согласия обследуемого (табл. 1).

Среди обследуемого контингента в 2009 г. вновь поступающие на службу составили 60,5%, в 2008г. прочие лица – 40,7%. Доля лиц, скрывающих негативную информацию, среди кандидатов на службу в 2009 г. составила 66,7, в 2008 г. – 57,9% (табл. 2).

Таблица 1

## Основные показатели СПФИ в 2008-2009 гг., чел.

Показатель	2008	2009
Проведено СПФИ с использованием полиграфа, в т.ч.	27	43
кандидаты на службу	11	26
кандидаты на учебу	4	1
прочие	12	16
Выявлено лиц, скрывающих негативную информацию, в т.ч.	19	33
кандидаты на службу	11	22
кандидаты на учебу	1	0
прочие	7	11
Выявлено случаев сокрытия негативной информации, в т.ч.	44	78
кандидаты на службу	28	54
кандидаты на учебу	1	0
прочие	12	24

Таблица 2

## Эффективность СПФИ, %

Показатель	2008	2009
Соотношение проведенных СПФИ к исследованиям, в которых выявлена негативная информация, в т.ч.	70,4	76,7
Среди кандидатов на службу	100	84,6
среди кандидатов на учебу	25	0
среди сотрудников при перемещении	100	0
среди прочих	54,5	73,3

Эффективность исследований в 2009 г. составила 76,7% (в 2008 г. – 70,4%), при этом в 2009 г. эффективность среди кандидатов на службу составила 84,6% (в 2008 г. – 100%).

В результате СПФИ была выявлена следующая структура случаев сокрытия негативной информации:

- прием психоактивных веществ: в 2009 г. – 46,2%, 2008 г. – 56,8% (-10,6%);
- суицидальное (в т.ч. демонстративно-шантажное) поведение: в 2009 г. – 5,1%, в 2008 г. – 4,6% (+0,5%);
- негативные мотивы поступления на службу: в 2009 г. – 3,8%, в 2008 г. подобных случаев не выявлено;
- совершение уголовно наказуемых деяний, не повлекших наказания или оставшихся нераскрытыми: в 2009 г. – 6,4%, в 2008 г. подобных случаев не выявлено;
- факты административных и дисциплинарных взысканий: в 2009 г. – 30,8%, в 2008 г. – 29,5%;
- наличие внеслужебных устойчивых личных или деловых связей с криминальными элементами: в 2009 г. – 0%, в 2008 г. – 2,3%;
- другие негативные сведения: в 2009 г. – 7,7%, в 2008 г. – 6,8%.

В структуре случаев сокрытия негативной информации кандидатами на службу продолжает оставаться высоким уровень выявления фактов злоупотребления алкоголем – 33,3% (2008 г. – 35,7%), а также уровень выявления случаев административных и дисциплинарных взысканий – 29,6% (2008 г. – 25%); уровень выявления приема наркотических или психотропных средств в немедицинских целях – 13% (2008 г. – 21,4%).

После СПФИ по выявленным фактам специалистами ЦПД проводится дополнительное углубленное обследование с уточнением полученной информации. Таким образом, опыт использования СПФИ с применением полиграфа свидетельствует о положительных результатах и эффективности метода, а также о необходимости его применения в рамках профессионального психологического отбора.

## АГРЕССИВНОСТЬ ОСВИДЕТЕЛЬСТВУЕМЫХ НА СОСТОЯНИЕ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ

Ж.В. Киселева, И.Г. Носачев

Самарский государственный медицинский университет

Аффективная агрессия определяется особым эмоциональным состоянием субъекта. Она, как правило, является фрустра-

ционной и возникает в ответ на воздействие неблагоприятных ситуативных факторов (в исследовании сочетание освидетельствования и опьянения).

Предметом исследования выступило агрессивное невербальное поведение (НП) в рамках медицинского освидетельствования на алкогольное опьянение, объектом – освидетельствуемые лица с разными типичными и атипичными (дисфорическая, истерическая, эксплозивная, депрессивная и маниакальная) формами алкогольного опьянения (всего 360 чел., по 60 в группе с контрольной группой 60 освидетельствуемых без подтвержденного лабораторно опьянения).

Для изучения клинико-этиологических особенностей эпизодов алкогольного опьянения использовалось экспериментальное наблюдение с жёстко фиксированными средовыми условиями с выделением уровней поведения: а) элементарных единиц поведения, единиц двигательных актов; б) простых комплексов поведения; в) сложных комплексов поведения, ансамблей поведения на основе глоссария по исследованию НП человека (Самохвалов В.П., 1987-2006; Коробов А.А., 1990, 1991). Исследовалось также визуальное психосемантическое описание габитуса человека как объекта зрительного восприятия (сенсорная парадигма) и как культурно-исторического развития телесности человека, для чего использовались описание и каталог визуальных знаков системы «габитус».

Из элементарных единиц мимики наиболее общими для всех атипичных форм опьянения являются: пристальный напряженный, редко мигающий взгляд в глаза врача; глаза блестят, иногда со свинцовым блеском; брови нахмурены, реже сведены, при вопросах и утверждениях их частое приподнимание или сведение к переносице. Рот чаще всего квадратной формы, частое обнажение зубов вплоть до оскала, сплевывание, высовывание языка, облизывание, выдвигание нижней челюсти.

Из элементарных двигательных актов чаще встречались наклон головы вперед, в положении стоя наваливание на стол с опорой на сжатые кулаки или кисти, полусогнутые руки. Реже поза Наполеона (скрещенные руки, плечи приподняты), поза с опорой тела на стол врача или кулаки сжаты, или руки полусогнуты и приведены, плечи приподняты. В положении сидя чаще

наблюдался наклон туловища и головы вперед, руки с опорой на стол, устремлены вперед, кисти в движении, чаще сжаты в кулак, реже поза моления или поза раздумья Родена. Наиболее выразительны двигательные акты руками: размахивание, постукивание по столу или ножке стула, по колену, бедру, даже по собственной голове. Рука чаще сжата в кулак, «когтистая» рука, кукиш, руки в «замке».

Из простых комплексов поведения практически все освидетельствуемые сокращали индивидуальное расстояние между участниками, в первую очередь, с врачом. Преобладали напряженная мимика, мимика гнева и раздражения, мимика решимости, реже мимика стыда, плача и непонимания. Преобладали жесты-акценты, подчеркивающие и сопровождающие мимику гнева, недовольства, раздражения. Часты, а иногда стереотипно повторялись жесты – иллюстраторы, жесты ударения, жесты-адапторы. Часто жесты дублировали речевые высказывания освидетельствуемых, усиливали речевую информацию и её смысл. Многие жесты отражали неприличные и оскорбительные (как сопровождающие и замещающие) речевые фраземы. Одновременно отмечались моторика груминга и антигруминга, моторика манипулирования с одеждой, документами, предметами на столе.

Из сложных форм поведения для всех освидетельствуемых наиболее характерны агонистическое поведение во всех практических вариантах, поведение неподдержания чистоты одежды и тела, узконаправленное поисковое поведение с нарушением внимания и контакта, специфические нарушения территориального, ритуализированного и сексуального форм поведения.

## АКТИВНОЕ ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ КАК СРЕДСТВО ПРОФИЛАКТИКИ ПРАВОНАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМИ

Л.И. Кучерявый, Л.Н. Никитин

Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары

Организация психиатрической помощи исторически складывалась так, что любой из ее видов, наряду с решением задач лечебно-профилактического характера, преследовал цель преду-

преждения возможных общественно опасных действий (ООД) психически больных. Формы психиатрической помощи с конкретной направленностью косвенно оказываются и средством предупреждения ООД.

Динамика больных, состоящих на активном диспансерном наблюдении (АДН) в диспансерном отделении Республиканской психиатрической больницы, показывает, что число данного контингента ежегодно растет. Если в 2006 г. больных, состоящих на АДН, было 223, то в 2009 г. их стало 319 (рост на 69,9%). При этом заметна не только тенденция не только взятия больных в группу АДН, совершивших в прошлом ООД, но и дифференцированный подход к этому вопросу с учетом потенциальной общественной опасности больного с учетом клинических признаков. Так, если в 2006 г. больные, совершившие ООД, составили 92,4, то в 2009 г. – 79,9%. Доля больных шизофренией, состоящих в группе АДН, снизилась почти на 3%: с 67,7 до 64,9%. Соответственно, в группе больных АДН несколько выросла доля больных с психическими расстройствами непсихотического характера: с 13 до 14,1% и с умственной отсталостью: с 7,6 до 12,2%.

Все больные, взятые на АДН, курируются с учетом формулы общественной опасности. Большое значение придается работе психиатра и сотрудников милиции по профилактике правонарушений. Для этого ежегодно проводятся совместные с участковыми сотрудниками милиции рабочие совещания по улучшению преемственности и совместной работы по профилактике ООД психически больных. Большое внимание уделяется обеспечению данной категории больных психотропными препаратами, особенно пролонгированного действия, т.к. сами больные больше предпочитают инъекционные препараты пролонгированного действия. Существенное значение имеет совместная работа с бригадой скорой психиатрической помощи.

Результаты такой дифференцированной работы привели к снижению доли больных, совершивших ООД: с 4,93% в 2006 г. до 2,2% в 2009 г. Снижение идет по всем основным группам психических расстройств. ООД, совершенные больными шизофренией, снизились с 5,3% (8) в 2006 г. до 2,4% (5) в 2009 г. При этом все больные шизофренией, совершившее ООД в 2009 г.,

ранее не находились на АДН, то есть впервые взяты на АДН после совершения правонарушения, а в 2006 г. 4 (50%) из 8 наблюдались в этой группе. В 2006 г. все больные с психическими расстройствами непсихотического уровня и умственной отсталостью ранее совершали ООД, а находившимися на АДН совершено 3 правонарушения. В 2009 г. ни один больной, находившийся на АДН, не совершил правонарушение.

Несколько снизилось и количество больных, находящихся на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у психиатра. Если в 2006 г. их было 8 (3,6%), то в 2009 г. – 6 (1,9%). При этом доля больных шизофренией в 2006 г. составила 62,5%, в 2009 г. – 66,6%. Все больные на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение направлялись после стационарных принудительных мер медицинского характера.

Порядок предупреждения ООД психически больных необходимо превратить в систему профилактических мер. Данная система должна обеспечивать максимальное соответствие применяемых мер клинико-социальным особенностям различных групп больных, соблюдение принципа ступенчатости, строгую преемственность.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕНИНГИ В КОМПЛЕКСНОЙ СИСТЕМЕ МЕР ПРОФИЛАКТИКИ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

М.Н. Макарова, Т.В. Петрова, Т.А. Ильминская  
Шихазанская межрайонная психиатрическая больница

Проблемы предупреждения общественно опасного поведения лиц с психической патологией остаются актуальными. Особая роль в оптимизации данного вида психиатрической помощи принадлежит психологическим методам.

**Цель исследования:** анализ и оценка эффективности применения психологических тренингов в комплексной системе мер профилактики общественно опасных действий психически больных.

**Материал и методы.** В обследование включено 24 пациента мужского пола в возрасте от 18 до 59 лет, получающих прину-



длительное лечение в отделении специализированного типа, находящихся на реабилитационном этапе. Шизофренией страдали 13 чел. (54%), умственной отсталостью – 3 (12,5%), личностными расстройствами – 4 (16%), органическими психическими расстройствами – 2 (8,5%), пфпропфшизофренией – 1 (4,1%), у 1 (4,1%) диагностировано патологическое опьянение. Общественно опасные действия против личности совершили 11 чел. (45,8%), имущественные – 2 (8,3%), сексуальные – 3 (12,5%), против порядка управления – 1 (4,1%), против здоровья населения и общественной нравственности – 1 (4,1%).

Цель исследования реализовывалась в ходе выполнения следующих задач:

- применение цикла психологических тренингов (когнитивный, коммуникативный, адаптационный, функциональной тренировки поведения) в групповой работе с пациентами.
- определение направленности психологических тренингов: коррекция и реконструкция личностных структур, определяющих произвольную саморегуляцию поведения и «способных оказывать тормозящее влияние на прямое проявление агрессивных побуждений и намерений» (Сафуанов Ф.С., 2004): эмоционально-волевой сферы; потребностно-ценностно-мотивационной сферы; социально-нормативного уровня; коммуникативного уровня; интеллектуального уровня.

Основой психологических тренингов служила программа, разработанная реабилитационным комплексом Омской областной клинической психиатрической больницы им. Н.Н. Солодникова, модифицированная нами в соответствии со спецификой исследования. В программу тренингов включены элементы телесно-ориентированного подхода, приемы музыкально-образной, медитативной психиатрии, упражнения гештальттерапии, техники когнитивно-поведенческой, рациональной, суггестивной терапии, релаксационные и трансовые методы, работа с ресурсами, агрессией, специально разработанные задания – «проблемные ситуации».

Организация тренингов имела четкую структуру. Работа велась в группе по 12 чел., занятия проводились 5 раз в неделю, каждый цикл состоял из 10 занятий, продолжительность одного занятия 40-60 минут.

Для анализа и оценки эффективности проведенной работы применялись методы: включенное наблюдение; анкета в авторской разработке; стандартный набор психологических методик для исследования внимания, памяти, мышления, интеллекта; тест Вагнера («тест руки»); тест фрустрационной толерантности Розенцвейга; опросник «Басса-Дарки»; методика «Уровень субъективного контроля» («УСК»); методика диагностики уровня эмпатических способностей В.В.Бойко; нормированная шкала диагностики волевых расстройств; опросник Кеттелла.

Экспериментально-психологическое обследование проводилось дважды: до тренинговых занятий и после.

**Результаты.** По стандартным психологическим методикам обнаружено улучшение познавательных функций – 20 пациентов (83,3%); по данным теста Розенцвейга отмечено снижение внешнеобвиняющих реакций при повышении чувства вины и ответственности – 16 (66,6%); сравнение результатов по тесту Вагнера демонстрировало снижение показателей агрессивности – 19 (79,1%); по тесту Баса–Дарки обнаружено снижение индексов агрессивности и враждебности – 19 (79,1%); по нормированной шкале диагностики волевых расстройств отмечено повышение показателей: «волевое действие» – 17 (70,8%), «прогностическая функция» – 15 (62,5%), «преднамеренная регуляция» – 14 (58,3%); включенное наблюдение позволило обнаружить позитивные изменения пациентов в процессе работы: повышение открытости и осознанности в дискуссиях, готовности обсуждать собственные чувства и проблемы; по методике «УСК» зафиксировано повышение показателей по шкалам «общей интернальности» – 11 (45,8%), «интернальности в области межличностных отношений» – 13 (54,2%); по методике диагностики уровня эмпатических способностей В.В. Бойко выявлено повышение по шкале «рациональный канал эмпатии» – 14 (58,3%), повышение по шкале «эмоциональный канал эмпатии» – 17 (70,8%); по результатам анкеты в авторской разработке пациенты отметили повышение самооценки и уверенности, активности, демонстрировали позитивную мотивацию, реальные планы на будущее, конкретные жизненные цели; по методике Кеттелла установлено снижение степени выраженности изменений личности – 21 (87,5 %).

Таким образом, анализ результатов исследования показывает положительную динамику в личностных структурах пациентов, определяющих произвольную саморегуляцию поведения. Применение психологических тренингов в групповой работе с пациентами отделения специализированного типа снижает степень их потенциальной общественной опасности и является эффективным методом в комплексной системе мер профилактики общественно опасных действий психически больных.

## КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС УБИЙЦ НА АМБУЛАТОРНОЙ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ

Г.И. Меньшикова

Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары

Работ, посвященных амбулаторным судебнопсихиатрическим экспертизам в отношении лиц, привлекавшихся к уголовной ответственности за убийство, сравнительно немного. В Чувашии такие исследования не проводились.

В 2008 г. проведено 72 экспертизы (мужчин – 59, женщин – 13). Городские и сельские жители были представлены поровну: по 34 (47%). Лиц без определённого места жительства – 4 (6%). Возраст подэкспертных мужчин находился в пределах 16-77 лет, женщин – 20-56.

Вменяемыми было рекомендовано признать 67 чел. (93%), невменяемыми – 5 (7%). Из вменяемых у одного были выявлены признаки аффекта, у другого – признаки ограниченной вменяемости. Не имели психических расстройств (ПР) 20 человек (28%), у 52 (72%) выявлены ПР: органические – в 5 случаях (10%), из них в 1 случае подэкспертного было рекомендовано признать невменяемым; расстройство личности – у 14 (27%); умственная отсталость лёгкой степени – у 7 (13,5%), синдром зависимости от алкоголя – у 23 (44%) – все признаны вменяемыми, кроме 1, с лёгкой умственной отсталостью, у которого имелись признаки выраженного нарушения поведения; шизофрения – 3 (3,5%) – всех подэкспертных было рекомендовано признать невменяемыми. По отношению к невменяемым было

рекомендовано применить принудительные меры медицинского характера в психиатрическом стационаре специального типа с интенсивным наблюдением.

Впервые совершили уголовно наказуемые действия 34 чел. (47%), повторно – 14 (20%), более 2 раз – 24 (33%).

Из 5 случаев общественно опасных действий 2 совершены повторно (один подэкспертный состоял на активном диспансерном наблюдении, другой находился на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении), в 3 – совершены впервые (один подэкспертный состоял на консультативном наблюдении, другой – на диспансерном, третий у психиатра не наблюдался).

Ссора явилась мотивом для совершения убийства в 46 случаях (64%), корысть – в 6 (8%), месть – в 5 (7%), ревность и умысел на убийство – по 4 (всего – 11%), другие и болезненные – в 7 (10%). Потерпевшими стали ранее незнакомые лица – 18 чел. (25%), знакомые – 36 (50%), родственники – 18 (25%). У мужчин из 10 потерпевших лишь в одном случае потерпевшей была жена, у женщин из 8 потерпевших 6 (75%) были мужьями.

Способы убийства были следующие: использование холодного оружия (в подавляющем большинстве – кухонного ножа) – 56 (77,5%), удушение – 9 (12,5%) (у мужчин – 8, у женщин – 1), другие – 7 (10%). Убийство совершено в одиночку в 59 случаях (82%), в том числе 47 мужчинами и 12 женщинами; в группе – в 13 случаях (18%), среди них 12 мужчин и 1 женщина. Подэкспертные в группе лиц являлись лидерами в 7 случаях, исполнителями – в 2, равное участие приняли 3 человека. В 66 случаях (53 мужчин и 13 женщин) (92%) потерпевших было по 1 лицу, в 6 случаях (все мужчины) – по 2 лица. Находились в состоянии алкогольного опьянения 60 чел. (мужчин – 49, женщин – 11) (83%), трезвости – 12 (10 и 2 соответственно).

53 убийства (74%) совершено в помещении (41 – мужчинами, 12 – женщинами), 16 (22%) – на улице (15 и 1), 3 (4%) – в транспорте (все мужчины). Пытались скрыть следы убийства 13 человек (18%) (10 мужчин и 3 женщины), не пытались – 59 (82%) (49 мужчин и 10 женщин).

Вспомогательную школу окончили 4 чел. (5,5%), начальное образование получили 7 (10%), основное среднее (включая и ПУ) – 45 (62,5%), полное среднее – 16 (22%), высшее – 7 (10%).

В официальном браке находились 17 чел. (23,5%), сожительствовали – 10 (14%), были разведены – 11 (15,5%), вдовцы и одинокие – 34 (47%).

Таким образом, профилактика убийств должна состоять из системы мер социального воздействия на личность, направленных на повышение образования, ведение трезвого образа жизни и сохранение семьи.

## АНАЛИЗ АМБУЛАТОРНОЙ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Л.Н. Никитин, М.Г. Стрельникова  
Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары

Изменившиеся в стране социально-экономические условия привели к неоднозначным социальным последствиям. Имеется значительный рост преступности, что сказывается на деятельности судебно-психиатрических экспертных комиссий. Растет количество судебно-психиатрических экспертиз (СПЭ), как в уголовном, так и в гражданском судопроизводстве.

Нами проанализирована деятельность отделения амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз Республиканской психиатрической больницы в 2005-2009 гг.

Анализ показал, что количество СПЭ остается относительно стабильным – чуть более 1500, только в 2008-2009 гг. произошло резкое увеличение до 1800 экспертиз. На комиссии преобладали экспертизы по уголовным делам. Они составляли от 79,5 (2005 г.) до 69,9% (2009 г.) от всего числа экспертиз.

СПЭ по гражданским делам составили чуть более 20%. В последние 3 года количество экспертиз по гражданским делам резко возросло за счет выездных экспертиз, проведенных в психоневрологических интернатах (в 2007 г. – 30,5%, в 2008 г. – 41,6%, 2009 г. – 33%). Заметна тенденция увеличения посмертных экспертиз – с 0,46% (7) в 2005 г. до 1,3% (22) в 2009 г.

Прослеживается устойчивая тенденция сокращения комплексных СПЭ. В отношении подследственных и подсудимых количество комплексных экспертиз снизилось с 28,3% в 2005 г. до 16% в 2009 г., в отношении свидетелей и потерпевших – с 70

в 2005 г. до 40% в 2009 г., в отношении всех экспертиз – с 24,6 до 12,3%.

Число освидетельствованных несовершеннолетних лиц по уголовным делам снизилось с 328 СПЭ в 2005 г. до 215 – в 2009 г. В последние три года появилась тенденция к снижению этого показателя с 15,3% в 2007 г. до 12,6% в 2009 г.

Ежегодно уменьшается и количество экспертных, признанных психически здоровыми. Данный показатель снизился с 292 в 2005 г. до 105 в 2009 г., что составило 8,8% проведенных СПЭ. Низкий показатель психически здоровых лиц может быть объяснен тем, что следственными органами на экспертизу стали направлять лиц с ранее установленными психиатрическими диагнозами. Однако, имеется немало случаев, когда впервые диагноз психического расстройства устанавливается при прохождении СПЭ.

Количество экспертиз, когда экспертное решение не выносилось ввиду не уточненного диагноза, остается примерно на одном уровне 110 (11%) в 2005 г. и 129 (10,8%) в 2009 г.

При анализе нозологического состава лиц, совершивших ООД, установлено, что наиболее криминогенной являются больные с умственной отсталостью. Если при проведении СПЭ умственная отсталость регистрировалась в 2006 г. в 37% случаев всех СПЭ, то в 2009 г. снизилось до 32,2% (РФ – 35,5%, 2007). Второе место занимают больные с расстройствами зрелой личности и поведения у взрослых – 16,6% (РФ – 14,5%). На третьем месте больные с органическими психическими расстройствами – до 14% в 2009 г. (РФ – 26,5). Больные шизофренией среди всех психических расстройств оказались на 4 месте – 7,5% (по РФ – 6,5%, 2007), алкоголизм остался на том же уровне – 5,5% (по РФ – 9,1%).

Данные показатели свидетельствуют об увеличении числа установленной психической патологии в каждой из приведенных нозологических групп. Это может быть обусловлено как повышением уровня квалификации экспертов, их судебно-психиатрической подготовкой, так и более активным привлечением, для углубленного исследования потерпевших, невролога и психолога.

Абсолютное число лиц, признанных невменяемыми, в 2009 г. составило 173 чел., что составило 14,5% от числа всех испытуе-

мых с психическими расстройствами. В динамике, как и по другим показателям, несколько выросло количество больных, признанных невменяемыми (в 2004 г. – 11,2%, в 2005 – 12,5%) (РФ от 6 до 15%). По нозологическому составу от 41,4% в 2005 г. до 42,6% в 2009 г. невменяемых экспертных составили больные шизофренией (по РФ – 39,7%). Невменяемые лица с органическими психическими расстройствами в разные годы составляли от 22 в 2005 г. до 29,6% в 2009 г. (РФ – 24,9 %). Несколько выше эти показатели у лиц с умственной отсталостью – от 27,6% в 2006 г. до 31,9% в 2009 г. (РФ – 28,6%).

Количество больных, подпадающих под действие ст. 22 УК в разные годы колеблется от 1,1% в 2005 г. до 3,8% в 2008 г. (2,35% в 2009 г.) (по РФ – 3,3%). Большую долю здесь занимают больные с органическими психическими расстройствами – 53,5% в 2009 г. и умственной отсталостью – 41,9% в 2008 г. (80% по данным нозологическим формам в РФ).

Из принудительных мер медицинского характера, рекомендованных невменяемым, наиболее часто рекомендовалось принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа от 52,9% в 2005 г. до 68,8% в 2006 г. (53,7% в РФ). На принудительное лечение в психиатрическую больницу специализированного типа рекомендовалось от 25% в 2006 г. до 37,9% в 2005 г. (32% в 2009 г.) (23,4% в РФ). Принудительное лечение в психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением рекомендовалось от 4,9% в 2004 г. до 7,1% в 2005 г. (6,35% в 2009 г., в РФ – 7,7%). Приведенные показатели в целом приближаются показателям по РФ. Более существенная разница по рекомендованным на амбулаторное принудительное лечение и наблюдение у психиатра. Здесь колебание составляет с 0,8% в 2006 г. до 4,7% в 2008 г. (по РФ 11,9%).

По характеру правонарушений, лица, признанные невменяемыми, наиболее часто совершали имущественные правонарушения от 41,4% в 2006 г. и до 34,7% в 2009 г. (45,7% в РФ). Хулиганские действия с 22% в 2005 г. выросли до 28,3% в 2009 г. (34,4% в 2006 г.) (16,3% в РФ), возможно обусловленных рядом социально экономических факторов (низкий уровень жизни, алкоголизация). Значительно меньше, чем в РФ больными совершены тяжкие правонарушения (убийства, причинение вреда

здоровью) с 9,4% в 2006 г. до 14,8 в 2008 г. (19,1% в РФ). Меньше всего было сексуальных преступлений – по 1-2 случая или от 1,4 в 2005 г. до 1,7% в 2009 г. (2,2% в РФ).

Регистрируется устойчивая тенденция роста экспертиз по гражданским делам, очевидно связанная и с расширением сферы имущественных отношений и увеличением числа совершаемых сделок. Если в 2005 г. они составили 17,6% экспертиз, а в 2008 г. – 41,6%, причем 95-97% экспертиз проведено на предмет признания граждан недееспособными. От 3% до 5% (1,7% в 2009 г.) освидетельствований проведено в связи с признанием недействительной совершенной сделки (6,1% в РФ).

Совершенствование критериев диагностических и экспертных оценок, повышение уровня клинической и юридической подготовки экспертов, укомплектованность судебно-психиатрической службы специалистами остаются определяющими факторами дальнейшего развития СПЭ.

## ПРОПФШИЗОФРЕНИЯ В ПРАКТИКЕ АМБУЛАТОРНОЙ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Л.Н. Никитин

Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары

С 2000 по 2009 г. в Республиканской психиатрической больнице амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу (АСПЭ) прошли 99 больных пропфшизофренией (ПФШ), 57 чел. (57,6%) по уголовным делам и 42 (42,4%) – по гражданским. Из 57 больных по уголовным делам 42 чел. (73,7%) совершили правонарушение, 7 (12,3%) – прошли как свидетели и 1 (1,8%) – потерпевший. Из всех больных, совершивших правонарушение, 15 больных мужчин (26,3%) с предварительным диагнозом «ПФШ» для уточнения диагноза были направлены на стационарную СПЭ. Диагноз подтвержден в 8 случаях (53,3%), в 3 случаях оставлен только диагноз «олигофрения» (25%), в 2 выставлен диагноз «смешанное расстройство психики» (13,3%), по 1 случаю «органическое расстройство» и «шизофрения» (по 6,7%). Из 42 экспертиз по гражданским делам на предмет определения дееспособности было 40 экспертиз (95,2%), 1 – на сдел-



коспособность и 1 – о возможности больной заниматься воспитанием ребенка.

Совершили правонарушение 36 мужчин (85,7%) и 6 женщин (14,3%). Наиболее часто совершали правонарушение больные от 30 до 40 лет: 21 мужчина (58,3%) и 4 женщины (66,7%), от 18 до 30 лет: 7 мужчин (19,4%), 2 женщины (33,3%).

Большинство правонарушений совершено в сельской местности – 81%, в городе – 19%. При этом 5 женщин из 6 (83,3%) проживали в селе. Начальное образование имели 6 больных (14,3%), вспомогательную школу закончили 11 (26,2%). 25 больных имели начальное образование (59,5%), среди них 5 женщин (83,3% всех женщин).

Только 8,3% больных мужчин были женаты, 16,6% женщин были замужем. Остальные не имели семью.

Половина мужчин совершили правонарушение впервые, столько же повторно; среди женщин только одна совершила повторное правонарушение (16,6%). Необходимо отметить, что некоторые больные после прохождения АСПЭ до судебного решения успевали еще совершить правонарушения. Так, один больной из Красноармейского района в 2000 г. дважды прошел АСПЭ за кражу в течение 2 месяцев, он же в 2004 г. за 4 месяца трижды прошел АСПЭ за аналогичное правонарушение. В январе 2009 г. больной из г. Чебоксары прошел экспертизу за кражу, в феврале – за нанесение тяжкого вреда здоровью.

Наследственная отягощенность прослеживается в 81% случаев, алкоголизм родителей зарегистрирован у 19% больных.

Больные больше всего совершали кражи (47,6%) и привлекались за нанесение вреда здоровью (45,2%), причем 66,6% женщин привлекались за последнее правонарушение. Двое мужчин (5,5%) привлекались за убийство, один – за вандализм.

В состоянии алкогольного опьянения мужчинами совершено 36,1% правонарушений, женщинами – 33,3%.

Наибольшее количество правонарушений совершено в помещении (50% мужчинами и 83,3% женщинами). На улице мужчинами совершено 50, женщинами – 16,7% правонарушений.

На диспансерном наблюдении находились 88,1% больных, из них 7 (16,6%) – на активном диспансерном наблюдении. Ос-

тальные больные числились в лечебно-консультативной группе (11,9%).

Наиболее часто рекомендовалось принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа (78,6% случаев), специализированного типа (16,7%) и специализированного типа с интенсивным наблюдением (4,7%).

Из 8 случаев СПЭ с впервые подтвержденным диагнозом «ПФШ» в стационарных условиях 7 правонарушений (87,5%) связано с нанесением вреда здоровью и один случай – с кражей личного имущества. Во всех случаях эксперты рекомендовали применение принудительного лечения в психиатрическом стационаре общего типа.

## АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ МЕДИЦИНЫ И ПСИХИАТРИИ

М.П. Сергеев

Чувашский государственный университет, Чебоксары

По данным В.Л. Сажина, В.К. Юрьева (1999), в конце 1995 г. Российская Федерация (РФ) являлась мировым лидером по количеству заключённых. В настоящее время, в связи с реформой уголовно-исполнительной системы (УИС) произошло снижение их числа. На 1 февраля 2010 г. в учреждениях УИС содержалось 862,3 тыс. чел. ([fsin.su](http://fsin.su)). Данная цифра представляется всё ещё значительной. При этом «условия нахождения в заключении нередко ведут к нанесению прямого вреда жизни и здоровью заключённого». «Государство тратит огромные средства и на содержание под стражей, и на физическую реабилитацию заключённого. И получается, общество оплачивает то, что ему вредит» (Медведев Д.А., 2009).

В местах лишения свободы в 2009 г. находилось 795 тыс. чел., страдающих различными заболеваниями. Это примерно 90% арестантов, или 9 чел. из 10. Из них 340 тыс. чел. – больные социально-значимыми заболеваниями, 25 тыс. – инвалиды. Свыше 150 тыс. – лица с различными психическими расстройствами (ПР), включая наркомании.

По словам А. Кузнецовой (2009), заместителя начальника медицинского управления Федеральной службы исполнения наказания (ФСИН) РФ, всех больных стараются обеспечить квалифицированной медицинской помощью. Медицинское обслуживание осужденных и подследственных обеспечивают 131 больница различного профиля, а также медицинские части или здравпункты в каждом учреждении, 59 лечебных исправительных учреждений для больных туберкулезом, 9 лечебных исправительных учреждений для больных наркоманией ([fsin.su](http://fsin.su)).

Однако, по данным С. Акимова (2006), нарушение требований закона об охране здоровья и медико-санитарном обеспечении в исправительных учреждениях является одним из самых распространённых. Жалобы осужденных на несоблюдение права на охрану здоровья и медико-санитарное обеспечение (14,1%) находятся на втором месте после жалоб на грубое обращение со стороны персонала исправительных учреждений (16,2%).

Данное обстоятельство, по нашему мнению, вызвано объективными причинами. Они связаны, прежде всего, с недостатком финансирования, а также высокой концентрацией (как было указано ранее) в местах лишения свободы лиц, страдающих социальными заболеваниями. Это приводит к отсутствию или нехватке медицинского оборудования, препаратов, персонала, несоблюдению санитарно-гигиенических и противоэпидемических требований. Другие причины – это субъективное отношение осужденного к своему здоровью как к мере качества жизни в местах лишения свободы.

По нашим данным, низкие оценки качества медицинской помощи положительно связаны с неудовлетворительной оценкой осужденными своего здоровья вообще, возрастом, социальными заболеваниями, отрицательным отношением к труду и администрации колонии, а также длительностью наказания.

Проблема социальных заболеваний заключённых комплексная, которая во многом зависит не только от усилий сотрудников пенитенциарной медицины, но и от отношения осужденных к лечению: пока же забота об охране здоровья не дело лично каждого, а только тех, кто организует лечение.

Неблагоприятные условия развития, невысокий уровень образования, отсутствие семьи и работы, асоциальный образ жизни

ни, склонность к злоупотреблению психоактивными веществами, тенденция «жить одним днём» формируют у потенциальных преступников формальное отношение к своему здоровью. Это приводит к тому, что многие осужденные заболевают ещё на свободе. «Такое отношение к своему здоровью и у некоторых больных туберкулёзом, которые доводят заболевание до состояния, препятствующего отбыванию наказания, забывая, что это опасно не только для здоровья, но и для жизни. Большинство из них страдают тяжёлой формой туберкулёза. Многие ранее не попадали в поле зрения гражданского здравоохранения. И только половина освобождающихся из мест лишения свободы продолжает лечение». «Особая категория на сегодняшний день – это ВИЧ-инфицированные, в местах лишения свободы содержится более 49 тысяч таких. Сегодня, когда созданы условия для обеспечения ВИЧ-инфицированных дорогостоящим лечением, осужденные неохотно соглашаются на терапию. Причина не только в побочных эффектах от приёма лекарств и специфике лечения. Впервые врачи столкнулись с шантажом. ВИЧ-инфицированный говорит о том, что дал письменное согласие на лечение, так как рассчитывал, что ему будет послабление в режиме содержания. А раз никаких послаблений в режиме нет, то лучше не лечиться – будет возможность освободиться по болезни» (Кузнецова А., 2009).

Таким образом, в структуре ценностей заключенных вопросы состояния здоровья могут занимать второстепенное место, что иногда ведет к утилитарному стремлению использовать медицинские программы лишь для получения определенных льгот.

Достаточно серьёзной проблемой остаётся и пребывание в местах лишения свободы лиц с ПР. При этом, по данным Б.В. Шостаковича (2006), вопросы предупреждения опасных действий в отношении контингента осужденных с ПР практически не разработаны.

По данным официального сайта ФСИН России, количество лиц, обратившихся за психиатрической и наркологической помощью в медицинские учреждения ФСИН с 2001 по 2009 г., увеличилось со 100 тыс. до 150 тыс. и выше. Высокая распространенность ПР среди заключенных во всём мире объясняется, с одной стороны, высокой вероятностью психической патологии у

лиц с криминальным поведением, с другой стороны, сокращением коечного фонда психиатрических стационаров и резким увеличением количества заключенных: деинституционализация социально-дезадаптированных людей привела к их массовому притоку в пенитенциарные учреждения. Психическая болезнь криминализована, т.к. больной с психозом не может быть госпитализирован в психиатрическую больницу до тех пор, пока его опасность не будет подтверждена «явным (часто преступным) действием». Поэтому тюрьмы стали «по умолчанию» учреждениями для лечения психически больных (Мотов В.В., 2007).

Сходные тенденции наблюдаются и в России, что можно расценить как: 1) своеобразную реакцию на продолжающуюся административную реформу в здравоохранении со значительным сокращением психоневрологических диспансеров, психотерапевтических кабинетов общесоматических учреждений, в результате чего снизилась доступность психиатрической помощи (Чуркин А.А., Творогова Н.А., 2009); 2) результат психосоциальной дезадаптации трудоспособных граждан на фоне мирового экономического кризиса (Дмитриева Т.Б., 2009).

Во многих исправительных учреждениях мира параллельно с официальной администрацией существует неформальная, но очень значимая социальная структура. Принадлежность к уровню внутренней иерархии нередко непосредственно влияет на здоровье и образ жизни заключенного (Васильев В.Л., 2009). Например, лица, находящиеся внизу этой социальной лестницы, могут иметь худшие материально-бытовые условия и подвергаться притеснениям и насилию со стороны других заключенных. Сексуальная преступность в пенитенциарных учреждениях нашей страны является латентной, официальные данные преуменьшают число жертв (Панасенко Е.К., 2006).

Во всем мире для пенитенциарных учреждений характерен уникально высокий уровень аутоагрессии и самоповреждений. В тюрьмах Нового Южного Уэльса в Австралии в 1995-2005 г. зарегистрировано 92 суицида, что составило 41% от всех случаев смерти заключенных. За 10 лет число самоубийств снизилось, но продолжает десятикратно превышать суицидальность в общей популяции (O'Driscoll Colman, Samuels Anthony, Zacka Mark, 2007). В отдельной исправительной колонии в России в

среднем ежегодно регистрируется 20-50 случаев самоповреждений (Кононец А.С., Бобрик А.В., 2004). Обычно это связывается с широкой распространенностью психической патологии, а также с манипулятивными попытками заключенных. «Аутоагрессанты нередко «борются за идею», прикрывая личные интересы «общественными», что создаёт им «ореол мучеников среди осужденных» (Сысоев А.М., 2006).

Таким образом, существуют объективные и субъективные факторы, негативно влияющие на здоровье заключенных и на качество их жизни в пенитенциарных учреждениях, что требует реорганизации системы медицинской помощи в учреждениях исполнения наказания.

## СЛУЧАЙ ТЯЖЁЛОГО ДЕПРЕССИВНОГО ЭПИЗОДА В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

М.П. Сергеев

Чувашский государственный университет, Чебоксары

Квалифицированная медицинская помощь пациентам с депрессивными расстройствами в условиях общемедицинских учреждений сопряжена с рядом трудностей. Прежде всего, с тем, что потребность в специализированной помощи намного превосходит возможности психиатрической службы. Данное положение усугубляется продолжающейся административной реформой в здравоохранении со значительным сокращением психоневрологических диспансеров, психоневрологических и психотерапевтических кабинетов, ранее функционировавших в рамках общесоматических учреждений и обеспечивавших тем самым доступность психиатрической помощи (Чуркин А.А., Творогова Н.А., 2009). Соответственно возникает опасность несвоевременного выявления депрессий, в т.ч. «запущенных» в отношении диагностики и лечения. Такие «запущенные» депрессии могут приводить к тяжёлым самоубийствам, где пострадавшими оказываются не только больные, но и их дети. Следующий случай ярко демонстрирует один из таких случаев прижизненно не распознанной психотической депрессии.

С., 39 лет (1969 г.р.), убила свою единственную 13-летнюю дочь (нанесла ей не менее 14 ударов тупым твёрдым предметом по голове), затем покончила с собой (труп обвиняемой нашли в р. Волга с признаками истинного утопления). По данному делу в отношении С. было заведено уголовное дело по ч. 2 ст. 105 (убийство) УК РФ, была назначена посмертная судебная психолого-психиатрическая экспертиза.

С. воспитывалась в полной семье, окончила школу, медицинское училище, вышла замуж, работала акушеркой на амбулаторном приёме. Семья всегда испытывала материальные трудности в связи с низкой зарплатой супругов и неустойчивым трудовым маршрутом мужа. С. часто занимала деньги в долг, но своевременно отдавала; завидовала своей сводной сестре, которая занималась предпринимательством и имела лучшее, чем у С., материальное положение. Свою единственную дочь чрезвычайно опекала.

С начала осени 2008 г. С. сильно изменилась: была печальной, подавленной, тревожной, не спала, мало ела, похудела на 9 кг, жаловалась на финансовые и материальные затруднения в их семье, говорила, что жизнь не имеет смысла, так как она не может обеспечить своему ребёнку достойное будущее, готовилась к смерти, читала религиозные брошюры о таинстве исповеди. Неоднократно говорила при своих коллегах и родственниках о том, что она и её дочь не будут жить («хотела убить дочь из-за того, что у неё нет будущего, так как дочь вырастет бедной, а мать не сможет ей ничем помочь»). Дважды на глазах у супруга пыталась убить дочь. Причин своего поведения не объясняла, от обращения к психиатру, психотерапевту отказывалась, перед совершением преступления была на больничном листе у терапевта с различными соматическими заболеваниями. 22.09.2008 г. С. было рекомендовано обратиться к психотерапевту, т.к. у неё имелись жалобы на бессонницу, плаксивость, тревогу. Причин данных жалоб терапевт не выясняла, а С. о них не говорила. После выписки С. на работу не вышла, совершила указанное преступление.

Психологический анализ позволил выявить в личностной сфере С. тормозимые черты: склонность к сдержанности в проявлении чувств, достаточный уровень интеллектуально-

волевого самоконтроля, интровертированность, некоторую робость и стеснительность, внутреннюю неуверенность, ориентацию на социальное одобрение, зависимость от мнения большинства, высокую потребность в понимании, доброжелательном к себе отношении, принятии со стороны окружающих, склонность строить свое поведение в соответствии с ожиданиями окружающих, развитое чувство ответственности, обязательность, исполнительность, приверженность к общепринятым нормам при достаточно высоком уровне интеллектуального развития.

Психопатологический анализ показал, что особенностью развития депрессивного синдрома С. был длительный психотравмирующий фон: переживания материально-бытового характера у личности тормозимого круга с постепенным заострением данных черт, снижением настроения, сужением круга интересов, концентрацией внимания на эмоционально-негативных сторонах своей жизни, с формированием идей собственной малоценности, греховности (невротический этап). В осенний период произошло резкое усиление (витализация) депрессии («сильно изменилась», «стала тяжело на душе, испортилось настроение, улыбка спала с лица, стала пассивной», «была какая-то странная, поникшая, хмурая, уставшая»), в структуре депрессии появились тревога и соматические симптомы (снижение аппетита, веса, вегетативная лабильность), высказывания и поведение С. стали носить неадекватный характер (психотический этап). Она замкнулась, ушла в себя, стала религиозной, активно высказывала мысли о нежелании жить и об убийстве своей дочери окружающим, неоднократно пыталась осуществить ее убийство из чувства сострадания. Жестокость агрессивных криминальных действий и их характер с нанесением в область головы своей дочери не менее 14 ударов свидетельствуют о наличии у С. во время совершения преступления болезненной психической анестезии, а также об одержимости, охваченности поведения идеей суицида как «единственного» выхода из сложившейся ситуации. Наличие альтруистического мотива с бредовой идеей спасти своего ребёнка «от страшной судьбы» указывает на то, что С. не могла во время совершения убийства осознавать фактический



характер и общественную опасность своих действий и руководить ими.

Указанный случай депрессивного эпизода с криминальными последствиями можно бы было предотвратить, т.к. о нём знали все, кто окружал С., включая родственников, коллег – медработников, лечащего врача-терапевта. Однако определённое отношение, сложившееся в обществе к психиатрам и психиатрической помощи, страх стигматизации, не позволили родственникам настаивать на лечении С. у психиатра. «Ты в психушку хочешь меня положить?» – сказала С., после чего отец оставил единственную попытку уговорить дочь обратиться за специализированной помощью. Для мужа С. вообще было достаточно извинений и обещания С. о том, что попытка убийства дочери больше не повторится, он не расценивал психическое состояние жены как болезненное («переживала из-за денег»).

Традиционная модель взаимодействия врача-интерниста с депрессивным пациентом также не оказала должного эффекта. Врачи общей практики ожидают, что их пациенты сами будут проявлять инициативу в поиске и получении специализированной (психиатрической) помощи и поэтому не расспрашивают пациента о возможно имеющихся у него нарушениях. Пациенты, в свою очередь, не раскрывают своих проблем, т.к. у терапевта нет для этого профессиональных навыков или свободного времени. В данном случае терапевту необходимо было активно вызвать врача-психиатра (психотерапевта) на консультацию к данной пациентке, а врачу психиатру (психотерапевту) обеспечить освидетельствование и госпитализацию данной пациентки в соответствии с законодательством.

По данным ВОЗ, «критическим является не то, как врач общей практики сможет вписаться в службу психического здоровья, а то, как психиатр сможет наладить эффективное сотрудничество со структурами первичной помощи и усилить роль врача-интерниста, выступающего в качестве члена команды психического здоровья» (цит. по Смулевичу А.Б., 2001).

# ФОРМИРОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ ОСУЖДЕННОГО И ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА РЕСОЦИАЛИЗАЦИЮ ЗАКЛЮЧЁННЫХ

М.П. Сергеев

Чувашский государственный университет, Чебоксары

Целью уголовно-исполнительного законодательства при применении наказания в виде лишения свободы, как и при применении других видов наказания, является исправление осужденных и предупреждение совершения ими новых преступлений.

«Не сажать, а перевоспитывать» – именно такое направление внесения изменений в Уголовно-исполнительное законодательство определил президент Российской Федерации (РФ) Дмитрий Медведев (2009).

Данные обстоятельства связаны с тем, что количество заключённых в РФ представляет значительную цифру. Так, по состоянию на 1 февраля 2010 г. в учреждениях УИС содержалось 862,3 тыс. чел., в том числе 724 тыс. в исправительных колониях; 129,8 тыс. в следственных изоляторах; 2,7 тыс. в тюрьмах; 5,8 тыс. в воспитательных колониях для несовершеннолетних (официальный сайт УФСИН России [fsin.su](http://fsin.su)). В Чувашии с 2002 года удельный вес осужденных к лишению свободы снизился, но остаётся на одном уровне (31-32%), что указывает на относительную стабильную концентрацию осужденных в исправительных учреждениях Чувашской Республики (ЧР) (Чувашстат, 2007).

По данным Т.Б. Дмитриевой (2009), на состояние психического здоровья граждан страны повлиял и мировой финансовый и экономический кризис. При этом в наиболее сложном положении оказались лица трудоспособного возраста, оказавшиеся безработными. Как известно, при длительности безработицы более 6 месяцев её психические последствия принимают хронический характер и приводят к нарушению качества жизни и социального функционирования индивида. Человек испытывает кризис идентичности. Разрушаются его принципы жизни. Нормы, которым человек следовал ранее, не могут претендовать на обоснованность и законность, теряется чувство самого себя. Поведение таких лиц при агрессивно-деструктивном варианте дезадаптации приобретает антисоциальную направленность. Через

некоторое время они пополняют число осужденных за различные преступления (Дмитриева Т.Б., 1998).

Арест и лишение свободы сами по себе могут являться факторами, приводящими к изменениям психики осужденных. Эмоциональное перенапряжение связано с проведением следственно-судебных действий, необходимостью беспрекословного подчинения администрации и выполнения режима, особенностями и трудностями быта в камере, прекращением привычных связей с семьей и обществом. Процесс адаптации к новым условиям и новой социальной среде крайне сложен и протекает сугубо индивидуально, нередко ведет к эмоциональной подавленности, тяжелому и гнетущему состоянию у подследственных и осужденных (Столяренко А.М., 2003).

По данным М.Е. Сандомирского (2001), психическая адаптация осужденных в целом нарушена по сравнению с уровнем показателей адаптации, характеризующим психическую норму. При этом лица, отбывающие более длительные сроки наказания дезадаптированы сравнительно в большей степени, что сказывается в более высоком уровне невротизации, психопатизации и психовегетативного напряжения.

С течением времени, по мере привыкания к условиям места лишения свободы, под воздействием пенитенциарной среды (официальной и неофициальной) снижается интенсивность негативных переживаний, стираются грани между различными типами личности и формируется новый тип – личность осужденного. Этой личности присущи усвоение и закрепление социально-групповых норм, ценностей, традиций «тюремной субкультуры», акцентуация таких свойств, которые в обычных условиях свободной жизни у них не проявлялись, например, враждебное отношение к людям и обществу в целом.

По данным И.Ф. Обросова (2003), сущность криминальной деформации заключается в изменениях социально обусловленной подструктуры личности с появлением признаков асоциальной направленности, которая определяет антисоциальное и криминальное поведение человека.

«О губительном (а отнюдь не «исправительном» и «перевоспитательном») влиянии лишения свободы на психику и нравственность заключённых писал ещё М.Н. Гернет. Тюрма служит

школой криминальной профессионализации, а не местом исправления» (цит. по С.Г. Олькову. 2006. С. 122).

По нашему мнению, именно подавление собственной психосоциальной активности и высокая потребность в признании («нарциссический голод») играют большую роль в принятии осужденными норм и ценностей пенитенциарной среды как смысла своего выживания и дальнейшего существования. Осужденные постепенно усваивают как неформальные правила, так и требования установленного законом режима. Формализованный стиль поведения без эмоциональной вовлечённости в жизнь и быт колонии становится привычным, стереотипным. Как ни парадоксально, но создаётся впечатление, что пенитенциарная среда для большинства осужденных становится «домашней», где есть крыша над головой, не нужно заботиться о пропитании, одежде, искать работу и думать о том, как структурировать своё время, куда есть неосознаваемое желание вернуться. Иначе чем объяснить высокую рецидивность преступлений, совершаемых осужденными после освобождения из мест лишения свободы?

По утверждению И.Ф. Обросова (2003), это явление – анаклитизм – «форма адаптации в виде полной зависимости осужденных от условий пребывания в исправительных колониях с минимальным удовлетворением текущих и актуальных потребностей». Освобождение осужденных нарушает их личностное и социальное функционирование, приводит к социально-психологической дезадаптации и рецидивным преступлениям.

И это не только в нашей стране. По данным результатов научного исследования, выполненного Нидерландским центром изучения преступности и правопорядка (NSCR), количество заключённых в Нидерландах растёт. Судьи все чаще дают наказание в виде тюремного заключения и увеличивают его продолжительность. Однако лица, отбывшие наказание в тюрьме, совершают повторные преступления чаще, чем правонарушители, которые получили наказание, не связанное с тюремным заключением, т.е. тюремное заключение способствует тому, что оно призвано предотвратить, а именно криминальному поведению. Существующие в Нидерландах криминологические теории дают самые разные прогнозы относительно такого воздействия тюремного заключения. Теории «научения» рассматривают тюрь-

му в качестве «учебного заведения» для овладения преступным поведением. Теория «навешивания ярлыка» указывает на стигматизирующий эффект тюремного прошлого, т.е. в результате тюремное заключение лишь повышает вероятность совершения повторного преступления. Теория «рационального выбора», которая предполагает, что в заключении человеку будет настолько неприятно, что он быстро покончит с криминальным поведением, остаётся в стороне, следовательно, не работает (пер. Е. Можяевой: Meer criminaliteit door gevangenisstraf/Synthese, juni 2008. P.55; [www.psychiatr.ru](http://www.psychiatr.ru)).

По мнению И.С. Скифского, «надёжная система ресоциализации заключённых до сих пор не достигнута ни в одной стране мира (за исключением Японии), что свидетельствует о необходимости совершенствования специальной профилактической деятельности, которая должна опираться на результаты изучения закономерностей девиантного поведения с установлением его детерминант и построением прогностических моделей преступности». Дополним, как в отношении здоровых, так и больных осужденных.

Видно, что формирование личности осужденного существенно затрудняет воспитательный и лечебный эффект исправительных программ в отношении лиц осужденных к лишению свободы, что требует новых подходов. Особые трудности такой работы заключаются в том, что осужденные с «нажитыми» личностными аномалиями негативно относятся к любому воспитательному и терапевтическому процессу, не доверяют специалистам, часто отказываются от продолжения коррекции и лечения, даже в случае добровольного обращения за помощью.

Таким образом, высокий уровень приобретённых психических аномалий, таких как «личность осужденного», существенно затрудняют ресоциализацию осужденных к лишению свободы. Данное обстоятельство требует дальнейшего развития психологической и психиатрической служб ФСИН России и оптимизации их взаимодействия с другими пенитенциарными службами и лечебно-профилактическими учреждениями гражданского здравоохранения.

## КОМПЛЕКСНЫЕ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ ЭКСПЕРТИЗЫ С УЧАСТИЕМ ПСИХОЛОГА В МОРДОВИИ

Н.Г. Токарева, В.Г. Подсевакин, Е.В. Артюшкина  
Мордовский государственный университет, Саранск

Одной из основных задач, решаемых клиническим психологом в здравоохранении, является участие в проведении комплексной судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ). В рамках изучения данной проблемы нами был организован и проведен констатирующий эксперимент.

В Мордовской республиканской психиатрической больнице г. Саранска изучены истории болезни, акты СПЭ и другие архивные источники с 2005 по 2009 г.

За пять лет в Мордовии была проведена 371 комплексная СПЭ (87 – по гражданским и 284 – по уголовным делам). Каждое судебно-психиатрическое заключение о состоянии психического здоровья содержало психологическое (патопсихологическое) заключение.

Наиболее часто комплексная СПЭ по гражданским делам назначалась для определения психического состояния лица с целью учреждения над ним опеки; 92% всех подэкспертных признаны недееспособными.

Количество комплексных СПЭ по уголовным делам с каждым годом становится меньше. В 73% случаев подэкспертные признаны вменяемыми. Около 51% всех СПЭ по уголовным делам относятся к «преступлениям против собственности», 28 – к «преступлениям против общественной безопасности» и 21% – к «преступлениям против жизни и здоровья».

Экспериментально-психологическое исследование является одним из наиболее эффективных параклинических методов судебной психиатрии. Заключение психолога об особенностях личности обследуемого и его познавательных процессов может быть использовано врачом-психиатром: в качестве дополнительных патопсихологических данных для клинической дифференциальной диагностики; для установления степени выраженности (глубины) имеющихся у испытуемого психических расстройств. Для решения этих двух основных задач пато-

психологического исследования в каждом случае необходимо: выявление структуры соотношения нарушенных и сохранных звеньев психической деятельности, определение установок испытуемых по отношению к патопсихологическому обследованию и к ситуации экспертизы в целом.

Данное исследование подтверждает, что наблюдается тенденция к увеличению комплексных СПЭ, особенно по гражданским делам, повышение значимости психологического исследования в решении экспертных вопросов. Использование патопсихологических симптомокомплексов имеет большую практическую ценность в работе психолога.

## СЛУЧАИ НАПРАВЛЕНИЯ УБИЙЦ НА СТАЦИОНАРНУЮ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ ЭКСПЕРТИЗУ

А.Б. Цымбалова, А.В. Голенков, Д.Н. Крылов  
Республиканская психиатрическая больница,  
Чувашский государственный университет, Чебоксары

В предыдущей своей работе мы анализировали клинико-демографические особенности лиц, совершивших убийства и их экспертные оценки в условиях амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ). Однако трудности вынесения мотивированного заключения при такой экспертизе и причины направления в стационар не обсуждались.

**Материалы и методы.** Проанализировано 162 акта убийц (135 мужчин и 27 женщин) в возрасте от 14 до 79 лет (средний  $39 \pm 17,1$  года), которым на амбулаторной СПЭ было рекомендовано стационарная экспертиза. Математико-статистическая обработка проводилась с помощью t-критерия для относительных величин (%) и корреляционного анализа.

**Результаты и обсуждение.** Стационарная СПЭ в течение 10 лет (1999-2008) рекомендовано 162 чел. (13,7%), совершившим убийства. С органическими психическими расстройствами (ПР) было 27,6% испытуемых, реактивными состояниями – 23,1, личностными расстройствами – 16,6, шизофренией – 11,1, алкогольной зависимостью – 7,5, умственной отсталостью – 6,5,

психозами – 6, эпилепсией – 1, деменциями – 0,5; несколько диагнозов имели 22,8%.

Как показал анализ, чаще направлялись на такой вид экспертизы пожилые больные (15,4 против 3,1%;  $p < 0,001$ ), имеющие органическое поражение ЦНС (27,6 против 5,4%;  $p < 0,001$ ), психозы (6 против 0,3%;  $p < 0,001$ ), шизофрению (11,1 против 2,3%;  $p < 0,001$ ) и несколько ПР (22,8 против 11,9%;  $p < 0,001$ ). Значительно реже стационарная СПЭ назначалась больным с алкогольной зависимостью (7,5 против 31,4%;  $p < 0,001$ ), убившим двух и более человек (6,8 против 21,1%;  $p < 0,001$ ).

При сравнении результатов обследования убийц на стационарной СПЭ (Цымбалова А.Б., Голенков А.В., 2007) с имеющимися показателями обращают на себя внимание высокие доли реактивных состояний, психозов и сочетанной патологии ( $p < 0,01$ ). В дальнейшем по ним выносятся экспертные заключения о кратковременных расстройствах психической деятельности («исключительные состояния») и симуляции. Определенный рост наблюдался в группах органических ПР, шизофрении, алкогольной зависимости, деменции и эпилепсии. Несколько снизились показатели личностных расстройств, значительно (на порядок) – сочетанная психическая патология; неизменными оказывались цифры умственной отсталости. Все это можно объяснить кратковременностью наблюдения на амбулаторной СПЭ, отсутствием параклинических исследований, установочным поведением подэкспертных. Стационарная СПЭ располагает временем для изучения и анализа материалов дела, сопоставления их с данными клинического наблюдения, а также возможностью применения в случае необходимости терапевтических мероприятий, что обеспечивает вынесение наиболее обоснованных и аргументированных экспертных заключений.

Поскольку клиническая картина ПР у подростков выражена менее ясно, чем у взрослых, следует более часто проводить им стационарные СПЭ, особенно по таким тяжким правонарушениям, как убийства (было направлено 13 чел. из 104, или 12,5%). Из судебно-психиатрической литературы хорошо известно, что первое впечатление о психическом состоянии несовершеннолетнего может быть обманчивым в силу клинических, возрастных и социально-психологических факторов (Гурьева В.А. и



мн. др.). Велика роль психопатий (расстройств личности) и психопатоподобных расстройств, явлений патологического пубертатного криза с различными поведенческими реакциями.

В 1999-2008 гг. в Чувашской Республике достоверно увеличилось число подэкспертных с ПР, совершивших убийство, находящихся в старшей возрастной группе и привлекающихся к ответственности по двум и более статьям УК РФ.

## АНАЛИЗ МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ЮНОШЕЙ ЗА 2006-2008 ГОДЫ

Н.Д. Шереметкин, Л.А. Овечкина  
Военный комиссариат Чувашской Республики, Чебоксары

Медицинское освидетельствование граждан проводится в целях исключения случаев призыва на военную службу граждан, не подлежащих призыву по состоянию здоровья, проверки обоснованности заключений врачей-специалистов, уточнения категории годности гражданина к военной службе, показателя предназначения для прохождения военной службы и устранения допущенных недостатков.

Комиссия в составе опытных врачей-специалистов – хирурга, терапевта, невропатолога, психиатра, отоларинголога, окулиста, стоматолога, дерматовенеролога, распределяют призывные ресурсы по видам Вооруженных Сил и родам войск. Каждый врач-специалист военного комиссариата города (района) по результатам освидетельствования граждан выносит свое заключение о категории годности гражданина к военной службе.

С 2006 по 2008 г. врачебными комиссиями военного комиссариата Чувашской Республики было освидетельствовано 31411 юношей. Число освидетельствованных снизилось с 11307 в 2006 г. до 9593 чел. в 2008 г. (на 15,2%), что связано с уменьшением количества юношей в Чувашской Республике (с 35101 в 2006 г. до 28982 чел. в 2008 г., или на 17,4%). Годными к военной службе были признаны 20385 чел., или 64,9%, ограниченно годными – 5452 (17,4%), временно негодными – 5140 (16,4%) и не годными – 434 (1,4%).

Общий показатель годности к военной службе (суммарная доля годных к военной службе) вырос с 63,9 в 2006 г. до 68% в 2009 г. Доля ограниченно годных уменьшилась с 18,5 до 14,4%, не годных к военной службе – с 1,4 до 1,2%. В то же время количество временно негодных остается постоянным в течении ряда лет в пределах 16-16,1%.

В структуре основных заболеваний, послуживших причиной освобождения и отсрочки от призыва на военную службу, преобладают психические расстройства. Среди освидетельствованных за 2006-2008 гг. они составили 7% (в 2006 г. – 6,9, в 2007 г. – 7,4, в 2008 г. – 6,8%). Среди граждан, освобожденных от призыва на военную службу по причине психических расстройств, 50,4% составили лица с умственной отсталостью (1110 чел.), 22,7% – с расстройствами личности (505 чел.), 10,9% – с органическими психическими расстройствами (243 чел.), 16% – с другими психическими расстройствами (362 чел.).

Результаты анализа медицинского освидетельствования граждан, призывавшихся на военную службу в 2006-2008 гг., показывают, что военным комиссариатом проведена значительная работа по улучшению качества медицинского обследования и освидетельствования граждан, в том числе имеющих психические расстройства. Для более качественного отбора и вынесения экспертной оценки психического здоровья призывников в состав призывной комиссии Чувашской Республики на период призывной компании привлекался опытный медицинский психолог из Республиканской психиатрической больницы, вследствие чего улучшилась выявляемость психических патологий за счет более углубленного и пристального внимания при изучении личностных данных и характерологических особенностей обследуемых.

Особой проблемой является выявление лиц, страдающих наркотической и алкогольной зависимостью. Существующая нормативная правовая база не позволяет создать систему обязательной проверки граждан на употребление психоактивных веществ.

## ПСИХИАТРИЯ И СМЕЖНЫЕ ОБЛАСТИ МЕДИЦИНЫ

### НАРУШЕНИЕ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ – ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Н.С. Алексеева, О.И. Салмина-Хвостова  
Новокузнецкий государственный институт  
усовершенствования врачей

Метаболический синдром (МС) относится к наиболее актуальным проблемам современной медицины. Поскольку его возникновение во многом зависит от здорового образа жизни, он является предметом нового направления в психологии – психологии здоровья. Основными составляющими МС являются абдоминальное ожирение, инсулинорезистентность, артериальная гипертензия, дислипидемия, нарушения углеводного обмена (нарушение гликемии натощак, нарушение толерантности глюкозы, сахарный диабет 2 типа). Нарушение пищевого поведения – один из доминирующих факторов в становлении и развитии МС, влияющий на эффективность лечебно-профилактических мероприятий (Мычка В.Б., 2007; Звенигородская Л.А., Мищенко Т.В., Ткаченко Е.В., 2009).

**Цель исследования:** в рамках дополнительной диспансеризации граждан изучить влияние нарушения пищевого поведения на распространенность факторов риска МС.

**Материалы и методы.** В 2008 г. в рамках дополнительной диспансеризации граждан в г. Новокузнецке была изучена распространенность факторов риска развития МС у 840 человек (54,5% мужчин и 45,5% женщин; средний возраст  $50,5 \pm 1,4$  года). Для диагностики компонентов МС были использованы рекомендации экспертов Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК) (2007). Избыточную массу тела и ожирение диагностировали на основании индекса массы тела (1997), типологию нарушений пищевого поведения с использованием опросника DEBQ (1986). Наличие вредных привычек, особенности образа жизни, двигательную активность и пищевой рацион изучали по специально разработанной анкете, состоящей из 46 во-

просов. Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием пакета прикладных статистических программ “Statistica 6.0” и электронных таблиц Microsoft Excel 2003.

**Результаты исследования.** Изучение типологии пищевого поведения выявило, что рациональный тип пищевого поведения наблюдался у 26,4% обследованных, эмоциогенный – у 33,1, экстернальный – у 19,6, ограничительный – у 9,6, смешанный – у 11,3%. При нарушении типологии пищевого поведения отмечалась большая частота встречаемости факторов риска МС: гиподинамия – у 77,3% обследованных, несбалансированное питание – у 79,1, повышение артериального давления от 140/90 мм рт. ст. и выше – у 54,7, избыточная масса тела и ожирение – у 71,2, абдоминальный тип отложения подкожно-жировой клетчатки (объем талии более 94 см у мужчин и более 80 см у женщин) – у 69,1, уровень триглицеридов плазмы крови 1,7 ммоль/л и более – у 37,1, снижение уровня холестерина липопротеинов высокой плотности (менее 1,0 ммоль/л у мужчин и менее 1,2 ммоль/л у женщин) – у 31,5, повышение уровня холестерина липопротеинов низкой плотности более 3,0 ммоль/л – у 20,7%.

**Выводы.** При нарушении типологии пищевого поведения наблюдалась большая частота встречаемости факторов риска МС. При разработке профилактических и лечебных программ в отношении социально-значимых неинфекционных заболеваний, в частности МС, важная роль должна отводиться диагностике и коррекции нарушений пищевого поведения.

## ХАРАКТЕРИСТИКА АСТЕНОВЕГЕТАТИВНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

А.Г. Бухна, Б.Ю. Приленский

Тюменская государственная медицинская академия

Проблема вирусного гепатита С актуальна не только для России, она беспокоит медицинскую общественность во всем мире. По своим медицинским и социально-экономическим характеристикам он входит в десятку наиболее распространенных инфекционных болезней населения современной России. Не-

смотря на значительные успехи и достижения в области изучения вирусного гепатита С (этиология, иммуногенез, патоморфология, диагностика и специфическая профилактика), остается нерешенным ряд вопросов особенностей клиники данного заболевания. По мнению различных авторов, данный синдром является если не единственным, то основным в клинике и достигает частоты до 90% от количества всех обследованных. При этом механизм его возникновения остается неясным. По причине того, что прерогатива ведения данных пациентов остается за терапевтами и инфекционистами, внимание к их нервно-психическому состоянию явно недостаточно.

**Материал и методы.** Обследовано 64 пациента (53,1% мужчин и 46,9% женщин в возрасте от 21 до 56 лет, средний возраст –  $31,8 \pm 1,02$  года) с диагнозом «Хронический вирусный гепатит С». Из обследования были исключены пациенты с хроническим гепатитом другой этиологии, а также с тяжелой сопутствующей соматической или психической патологией. Помимо стандартных (общего анализа и биохимического исследования крови) всем пациентам было проведено исследование показателей иммунной системы, ПЦР-диагностика (качественный и количественный методы, генотипирование), скрининговая оценка показателей вегетативной нервной системы (по рекомендации Вейна А.М., 2003). Клинико-психопатологическое обследование проводилось врачом-психиатром.

Психологическое исследование вели с помощью батареи тестов: ШАС – шкалы астенического состояния, (Малкова Л.Д., Чертова Т.Г.); САН – теста дифференциальной самооценки функционального состояния, показывающего уровень самочувствия, активности, настроения; шкалы депрессии Бека; СМИЛ – стандартизированного, многофакторного метода исследования личности (Собчик Л.Н., 2006), определяли типы отношения к болезни.

У 18 пациентов проводилось морфологическое исследование структуры печени методом кратковременной эластографии с помощью аппарата «ФиброСкан» (Echosens, Франция).

**Результаты исследования.** Нами установлено, что у пациентов наличие астении (выявленная в жалобах и подтвержденная тестом ШАС) включает жалобы на утомляемость, чувство

усталости утром, тревогу, снижение умственной работоспособности, сниженное настроение, гиперестезию к звукам и чувство сжимания в груди, сердцебиение.

Психологическое тестирование выявило у них нарушения самочувствия ( $p=0,003$ ), активности ( $p<0,001$ ) и настроения ( $p=0,023$ ), с превалированием эргопатического типа отношения к болезни ( $p=0,007$ ) против анозогнозического ( $p<0,001$ ) у пациентов без астении. По данным теста ММРІ достоверно увеличены шкалы: интроверсия ( $p=0,006$ ), ипохондрия ( $p=0,014$ ), депрессия ( $p=0,04$ ) и психопатия ( $p=0,024$ ). Депрессия (по шкале Бека) выявлена лишь у одного пациента, что подтверждается и клинически. В структуре астении достоверно высок показатель вегетативной дисфункции ( $p=0,028$ ) с превалированием парасимпатического компонента.

При анализе лабораторных данных отмечено достоверное изменение показателей синтетической функции печени (протромбиновый индекс и холестерин) в сторону ее ухудшения, но не выходящее за пределы «нормы». Такая же ситуация с показателем уровня креатинина. Иммунологическое исследование выявило неслучайные изменения показателей, не выходящие за пределы принятых норм: снижение количества Ig G, показателей фагоцитарного звена (NST-тест спонтанный и стимулированный) и увеличение уровня CD 4. Анализ данных ПЦР-диагностики позволил утверждать отсутствие взаимосвязи между астеническими проявлениями с таким показателем, как генотип вируса, и величиной вирусной нагрузки. Не было выявлено также зависимости астении с возрастом или полом пациента.

Интересно, что у пациентов с наличием астении, по данным аппарата «ФиброСкан», определялась достоверно выше стадия развития фиброза, чем у пациентов без нее.

**Выводы.** Таким образом, нами получены данные о развитии астеновегетативного синдрома у пациентов с хроническим вирусным гепатитом С на фоне увеличения стадии фиброза с достоверными изменениями ряда лабораторных данных, не выходящих, однако, за границы «нормы». Астенические проявления в клинике вирусного гепатита могут служить дополнительным показателем тяжелого течения заболевания.

## ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ И ИХ КОРРЕКЦИЯ

А.М. Валеева, Р.Н. Мухаметова, Н.Н. Сеньюшина  
Казанская государственная медицинская академия,  
Республиканский СПИД-центр, Казань

Для любого человека получение диагноза «ВИЧ-инфекция» связано с огромным эмоциональным потрясением.

У подавляющего большинства обследуемых ведущим психологическим феноменом на этом этапе является тревога.

Изучение психоэмоционального состояния, поведения, социально-психологической адаптации и т.д. инфицированных лиц имеет как теоретический, так и практический интерес. Владение такой информацией позволяет определить подходы к улучшению качества жизни инфицированных, разработать мероприятия для профилактики и исправления поведения пациентов, представляющих опасность как для других, так и для себя.

Целью данной работы явилось экспериментальное исследование аффективной сферы ВИЧ-инфицированных пациентов в двух группах (по 20 чел. в каждой), сформированных по гендерному признаку.

Все больные находились на ПБ стадии течения ВИЧ-инфекции (бессимптомная фаза стадии первичных проявлений) по классификации В.И. Покровского (1989).

Для обследования применялись следующие клинико-психопатологические методики: цветовой тест Люшера с использованием восьмицветного ряда; шкала реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилберга, Ю.Л. Ханина (1970, 1972, 1976, 1978).

После сообщения о наличии ВИЧ наблюдались страх (мучительной смерти, заражения близких), тревога (по поводу нарушения конфиденциальности вследствие невозможности что-либо изменить, из-за необходимости давать отчет о своей интимной жизни). Пациенты предъявляли жалобы на чувство беспокойства, психической напряженности, нервозности, невозможности взять себя в руки. По частоте проявлений тревоги в период установления диагноза: трудности засыпания и нарушения ночного сна; ощущение «зажатости»; трудности концентра-

ции внимания; неспособность расслабиться, учащенное сердцебиение, раздражительность, локальная потливость. Основными элементами тревоги были ощущения беспомощности, неуверенности, бессилия перед внешними факторами, преувеличение их угрожающего характера. Отмечался выраженный вегетативный компонент тревоги в виде сердцебиения, одышки, потливости. В поведении пациентов тревога прослеживалась в виде снижения продуктивности деятельности и изменения ее направленности; опасений, связанных с наличием и доступностью надлежащего лечения; утраты планов на будущее, положения в обществе, финансовой стабильности, физической привлекательности; печали по поводу ожидаемых или свершившихся потерь; вины по отношению к людям, которые могли быть заражены пациентом; угрызения совести из-за поведения, приведшего к инфицированию; агрессивности в отношении предполагаемого источника заражения.

Данное исследование показало, что ни один пациент в обеих гендерных группах, имея статус ВИЧ-инфицированного, не находится в состоянии душевного комфорта и равновесия.

**Выводы.** Корреляция тестов более гармонично в женской популяции (65%), нежели в мужской (50%). Это объясняется действием гендерного стереотипа (мужчина не должен жаловаться, а решать свои проблемы сам).

У инфицированных половым путем показатель уровня стресса в 2 раза выше, чем у инфицированных парентерально.

Критерием выбора препарата были хорошая изученность клинических проявлений, отсутствие активных метаболитов, купирование ведущего аффекта тревоги, влияние на сон с сохранением бодрости в дневное время, однократный прием препарата.

С учетом выраженности депрессивного расстройства были квалифицированы как легкие и умеренно выраженные в зависимости от структуры. Чаще наблюдались тревожно-депрессивный и астенодепрессивный синдромы. Применялся препарат феварин. Лечение назначалось курсом на 28 дней. Начальная доза – 50 мг/сутки. В дальнейшем доза повышалась до 100-150 мг/сутки. Терапевтический эффект у пациентов с легкими и умеренно выраженными признаками депрессии отмечался уже с



6-7 дня; в первую очередь за счет снижения уровня тревоги. Далее с 10 дня терапии выявлялся тимоаналептический эффект, который постепенно нарастал и достигал максимума к 28 дню. В последующем в течение полугода применялась поддерживающая терапия в тех же дозах.

Таким образом, когда соматическое состояние пациентов относительно удовлетворительное и еще нет клинических и лабораторных данных проявлений иммунодефицита, требуется использование фармакологической и психотерапевтической стратегии в целях сохранения трудоспособности инфицированного и его включенности в значимую деятельность.

## СПЕЦИФИКА АДАПТАЦИОННЫХ РЕСУРСОВ ЛИЧНОСТИ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Д.В. Гартфельдер

Чувашский государственный университет, Чебоксары

Изучение динамики личности и системы ее отношений при сердечно-сосудистых заболеваниях представляется важным в связи с разработкой эффективных комплексных программ психологического сопровождения больных в госпитальном и постгоспитальном периоде.

В ходе исследования лиц, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями и находящихся на стационарном лечении (всего 127 человек, 52 мужчин и 72 женщины), с использованием Я-структурного теста Г. Аммона (ISTA) было выявлено преобладание деструктивных (среднее значение шкал — 57,05 Т-балла) и дефицитарных (56,04 Т) показателей по сравнению с нормативными данными по Чувашской Республике.

Наивысшие значения конструктивных показателей были выявлены по шкалам сексуальности (49,6±10,9 Т-балла), внутреннего Я-отграничения (49,5±8,4 Т), внешнего Я-отграничения (48,1±8,3 Т). По шкалам конструктивных показателей преобладали средние значения (40...60 Т-баллов), составляющие от 50 до 85% всех значений.

Наибольший средний балл значений деструктивных показателей наблюдался по следующим шкалам: страх (61,9±14 Т-

балла), внутреннее Я-отграничение ( $59,9 \pm 14,1$  Т), нарциссизм ( $57,9 \pm 12,5$  Т), внешнее Я-отграничение ( $57,6 \pm 12,5$  Т). По шкалам деструктивных показателей доля средних значений по-прежнему была велика и составила от 45 % до 70% всех значений, однако по отдельным шкалам наблюдалось доминирование высоких показателей (60...100 Т-баллов), доля которых составляла от 20 до 50%.

Наибольший средний балл значений дефицитарных шкал был зафиксирован по следующим шкалам: внешнее Я-отграничение ( $60,0 \pm 10,7$  Т-балла), агрессия ( $58,0 \pm 12,2$  Т), нарциссизм ( $57,6 \pm 14,1$  Т). По шкалам дефицитарных показателей выраженность высоких и средних значений была практически одинаковой, их доля от 30 до 65%. Доля низких значений по дефицитарным шкалам крайне незначительна и не превышала 8%.

При наличии опыта обращения за медицинской помощью в связи с заболеванием отмечалась статистически подтверждённое увеличение показателей по дефицитарным показателям: шкалам дефицитарной агрессии ( $t=2,751$ ;  $p \leq 0,01$ ), дефицитарного внутреннего Я-отграничения ( $t=3,001$ ;  $p \leq 0,01$ ) и дефицитарного нарциссизма ( $t=2,184$ ;  $p \leq 0,05$ ). Помимо дефицитарных показателей значимые различия отмечены по деструктивным шкалам, в частности по шкале деструктивного страха ( $t=2,713$ ;  $p \leq 0,01$ ) и нарциссизма ( $t=2,284$ ;  $p \leq 0,05$ ). Это свидетельствовало о том, что при хроническом характере протекания заболевания больные все больше страдали от затруднений в сохранении определенного уровня социальной адаптированности, неспособности продуктивно использовать опыт, получаемый в изменившихся условиях их существования, ощущали свою безучастность, отсутствие контакта с другими людьми и с самим собой, отказывались от реализации своих потребностей и интересов.

При оценке с использованием методики оценки психического здоровья было отмечено, что выраженность психопатологических проявлений не возрастала, однако повышение уровня психической активности для поддержания активности в ходе лечения и для сохранения значимых социальных взаимосвязей приводило к постепенному истощению адаптационного ресурса больных с хроническим характером течения заболевания.

Исходя из указанных результатов, можно сделать вывод о том, что для кардиологических больных характерно преобладание деструктивных и в особенности дефицитарных форм поведения, среди которых основное место занимает проблема барьеров в социальном взаимодействии (агрессия, страх, ограничения).

## ПРОБЛЕМА ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ

О.В. Задорожная, Ю.В. Дроздовский  
Омская государственная медицинская академия

Исходя из данных ряда исследований, в настоящее время можно говорить об особой актуальности проблемы парентеральных вирусных гепатитов в отношении пациентов, страдающих психическими заболеваниями (Rosenberg S.D. et al., 2001; Dinwiddie S.H. et al., 2003; Kakisi O.K. et al., 2009). Так, по разным оценкам, показатели распространенности вирусного гепатита В у психически больных составляют от 3 (Carey M. et al., 2007) до 32,5% (Klinkenberg W. et al., 2003), вирусного гепатита С – от 8,2 (Freudenreich O. et al., 2007) до 38% (Tibibian J.H. et al., 2008). При этом особую важность приобретают вопросы выбора оптимальной по эффективности и безопасности схемы медикаментозного лечения психического заболевания. Известно, что переносимость психофармакотерапии обуславливается как особенностями фармакодинамики и фармакокинетики препарата, так и факторами, относящимися непосредственно к больному, такими как возраст, масса тела, особенности метаболизма и сопутствующие соматические заболевания (Аведисова А.С., Ахапкин Р.В., 2005). Важно учитывать тот факт, что из рандомизированных клинических испытаний, являющихся основным методом изучения безопасности и эффективности лекарственных средств, как правило, исключаются больные, имеющие сопутствующую соматическую патологию (Stricker В.Н., Psaty В.М., 2004; Гостищева С.Б., 2005). Однако ухудшение функции печени вследствие поражения гепатоцитов и развития фиброза (Непомнящих Г.И. и др., 2008) у пациентов с вирусными гепатитами может привести к изменению спектра и выраженности

побочных эффектов применяемых психотропных препаратов. Кроме того, многие психотропные препараты обладают гепатотоксическим действием, выраженность клинических проявлений которого может варьировать от бессимптомного повышения уровня трансаминаз в сыворотке крови до, в редких случаях, развития тяжелых желтушных форм лекарственного гепатита (Спивак Л.И. и др., 1988; Буеверов А.О., 2001; Полунина Т.Е., 2005; Шульпекова Ю.О., 2007).

Предварительные результаты исследования свидетельствуют о высокой распространенности парентеральных гепатитов среди психически больных. В результате обследования 140 пациенток, находящихся на стационарном лечении в женском общепсихиатрическом отделении, у 12,8% (n=18) выявлены маркеры вирусных гепатитов. Вирусный гепатит В обнаружен у 6 женщин (4,3%), гепатит С – у 11 (7,8%), сочетанная HBV и HCV инфекция – у 1 пациентки (0,7%). В нозологической структуре преобладала шизофрения (n=16), также встречались рекуррентное депрессивное расстройство (n=1) и острый алкогольный галлюциноз (n=1). У девяти инфицированных отмечался подъем уровней печеночных ферментов в сыворотке крови на фоне проводимой психофармакотерапии. При этом у пятерых было выявлено бессимптомное повышение трансаминаз, в то время как у четверых возникли выраженные осложнения со значительными отклонениями в биохимических анализах с развитием в одном случае лекарственного гепатита, потребовавшие смены психотропных препаратов и назначения дополнительной терапии. Факторами, способствовавшими развитию тяжелых побочных реакций психофармакотерапии у больных с вирусными гепатитами, явились наличие сочетанной HBV и HCV инфекции, пожилой возраст, а также поражение печени токсического генеза.

Таким образом, актуальной задачей является выработка стратегии индивидуального подхода в лечении пациентов с сопутствующим поражением печени, включающей как мониторинг функциональных проб печени, так и выбор оптимальных препаратов, обеспечивающих безопасность психофармакотерапии.

## АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

А.М. Куклина

Набережно-Челнинский психоневрологический диспансер,  
Республиканская клиническая психиатрическая больница  
им. акад. В.М. Бехтерева

В настоящее время актуальным и нерешенным вопросом является высокая смертность среди психически больных. Частично это обусловлено низкой выявляемостью соматической патологии у данного контингента. Качество лечения лиц, страдающих психическими расстройствами, направлено на предотвращение основного заболевания, а оказание специализированной помощи соматического характера зачастую игнорируется или маскируется картинами психической патологии.

Так, по данным исследования, проведенного в рамках программы «Психическое здоровье населения России» (1997), было выявлено, что смертность, связанная с состоянием психического здоровья, включает не только случаи смерти непосредственно от ПР, но и все случаи смерти психически больных лиц. Разница подходов хорошо иллюстрируется следующим примером. Известно, что смертность непосредственно от ПР составляет не более 0,3% в структуре смертности населения и около 6% в структуре смертности психически больных. Таким образом, основная часть психически больных людей умирает от соматических заболеваний, несчастных случаев и других причин. Игнорирование этого обстоятельства ведет к колоссальной недооценке психического здоровья как фактора смертности населения.

**Целью** исследования является анализ смертности среди контингента лиц, страдающих ПР, в крупном промышленном городе с численностью населения 0,5 млн чел.

**Материалы и методы.** Использовался клинико-статистический метод. Проведена тотальная выборка всех амбулаторных медицинских карт умерших пациентов, наблюдавшихся у психиатра с 2000 г. по 2009 г. Всего проанализировано 896 амбулаторных карт. С 2000 г. по 2005 г. наблюдался высокий рост смертности. Так, например, в 2000 г. умерло 95 чел., в 2005 г. – 102, к 2009 г. количество смертей снизилось в 1,5 раза. Средний

возраст умерших составил 45 лет. Большую группу смертей за последние 3 года стал занимать более поздний возраст (70-80 лет). Было установлено, что основной психической нозологией среди умерших являлись шизофрения, умственная отсталость различных степеней тяжести, органические ПР. Наблюдался высокий рост смертности среди пожилого населения, страдающего сосудистой деменцией. Анализ показал, что основной причиной смерти психически больных являлись тяжелые соматические состояния, на втором месте находились случаи аутоагрессии. Выявлено также большое количество карт с неуказанными причинами смерти, что доказывает низкий уровень ведения медицинской документации.

**Выводы.** На основании предварительных данных оказалось, что смертность психически больных, по данным амбулаторных карт, имеет высокие показатели. Основными причинами смерти является соматическая патология, в структуре которой на первом месте стоят сердечно-сосудистые расстройства, на втором – суицидальная активность психически больных. Таким образом, психически больные в силу особенностей психической патологии имеют высокий уровень смертности от соматической патологии. Наши дальнейшие исследования помогут выяснить точные закономерности и сделать конкретные предложения по решению данной проблемы.

## КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ СО СКЛЕРОЗОМ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ШЕИ В ПРОЦЕССЕ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕКТОМИИ

Г.Н. Носачев, П.А. Максимова

Самарский государственный медицинский университет

Атеросклеротическое поражение магистральных артерий головы является ведущей причиной различного рода нарушений гемодинамики, в частности, инсульта, и, по данным ВОЗ, занимает второе место среди причин инсультов с летальным исходом. В лечении указанных нарушений последние 50 лет пред-

почтительным считается хирургическое вмешательство, преимущественно каротидная эндартерэктомия (КЭАЭ).

**Цель исследования:** клинико-динамическое сопоставление психических расстройств у больных с атеросклеротическим стенозирующим поражением сонных артерий до и после оперативного вмешательства КЭАЭ.

Из 112 обследованных пациентов в возрасте от 47 до 74 лет (средний возраст –  $58 \pm 4,8$  года) у 97 (86,6%) выявлены психические и поведенческие расстройства до оперативного вмешательства. Клинико-психопатологическим методом проводилась динамическая оценка психического состояния перед и после оперативного вмешательства. Клинико-психометрическим оценивалась выраженность аффективных расстройств с использованием шкалы Гамильтона для депрессии и тревоги и измерение степени когнитивных расстройств.

Все выявленные психические нарушения у пациентов до оперативного вмешательства были разделены на 7 групп: 1 группа – с легкими когнитивными нарушениями, не достигающими синдромального значения (8 пациентов, 8,4%); 2 – с аффективными нарушениями (21 пациент, 21,6%); 3 – с легкими когнитивными и аффективными нарушениями (14 пациентов, 15,5%); 4 – с умеренными когнитивными и поведенческими нарушениями (16 пациентов, 16,2%); 5 – с умеренными когнитивными и аффективными нарушениями (20 пациентов, 20,1%); 6 – с умеренными когнитивными, аффективными и поведенческими нарушениями (8 пациентов, 8,4%); 7 – с умеренными когнитивными нарушениями и выраженными первичными нарушениями памяти (10 пациентов, 10,3%).

Динамическое исследование проводилось на 5, 14 и 30-й день после оперативного вмешательства. Для цели данного исследования анализу подвергнут только 30-й день катамнеза. Выделено 6 групп. 1 группа (с легкими когнитивными нарушениями, не достигающими синдромального значения) увеличилась и включила 19 пациентов (16,96%). 2 группа (аффективные нарушения) уменьшилась незначительно и составила 16 пациентов (14,28%). 3 группа (с легкими когнитивными и аффективными нарушениями) также увеличилась и составила 19 пациентов (16,96%); перераспределилась и незначительно уменьшилась 4

группа (14 пациентов, 12,5%). 5 группа (с умеренными когнитивными и аффективными нарушениями) несколько уменьшилась – 17 пациентов (15,2%). В 6 группе (с умеренными когнитивными, аффективными и поведенческими нарушениями) количество пациентов не изменилось (8 пациентов, 8,4%). Но главное не количественное, а качественное изменение в группах. Исчезла 7 группа (с умеренными когнитивными нарушениями и выраженными первичными нарушениями памяти). Увеличилась 1 группа, преимущественно за счет перераспределения пациентов 3 и 4 группы. Качественно перераспределилась 7 группа среди менее тяжелых. Аффективные расстройства (преимущественно 2 группа) выделены в две группы: собственно органические аффективные расстройства и реакций адаптации (депрессивные реакции) В данной статье мы не ставим задачу более детального качественного анализа когнитивных, аффективных и поведенческих расстройств в группах. Следует только указать на наименьшие изменения преимущественно аффективных нарушений и наиболее выраженные уменьшения когнитивных расстройств.

Таким образом, у пациентов с ДЭ после КЭАЭ помимо собственно неврологических расстройств в значительной степени выражены психические. Среди психических расстройств при ДЭ ведущее место занимают когнитивные, но встречаются аффективные и поведенческие в разных сочетаниях.

## ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Н.М. Порохненко, М.В. Злоказова  
Кировская государственная медицинская академия

В настоящее время имеется много исследований о характерологических особенностях психосоматических больных. По данным Любан-Плоцца (2000), у больных ревматоидным артритом (РА) отмечаются следующие тенденции в характере:

1) сверхсовестливость, обязательность и внешняя уступчивость, сочетающиеся со склонностью к подавлению агрессивности;



2) мазохистски-депрессивные проявления с потребностью к самопожертвованию и стремлением к оказанию помощи, сочетающиеся со сверхнравственным поведением;

3) выраженная потребность в физической активности до заболевания (профессиональный спорт, интенсивная работа по дому, в саду и т.д.);

4) ригидность и недостаточная приспособленность к требованиям среды.

**Цель исследования:** определение уровней зависимости, общительности, внутреннего конфликта и склонности к борьбе у больных РА. Для этого использовались анкетирование и методика «Q-сортировка» (Стефансон В., 1958).

**Результаты.** Было осмотрено 55 больных РА. Женщины составляли 83,6%, мужчины – 16,4%. Средний возраст – 43,1±6,7 года (от 21 до 56 лет). Средняя длительность заболевания – 11,1±2,4 года.

Согласно анкетированию, занимались активными видами спорта до болезни (лыжи, волейбол, баскетбол и т.д.) 70,9% пациентов, стремились к контролю над ситуацией – 92,7, считали себя неконфликтным человеком – 89,1%, старались соответствовать представлениям окружающих – 92,7%.

При исследовании по опроснику «Q-сортировка» была выявлена тенденция к зависимости от окружающих у 85,5% больных, к общительности – у 87,3, к избеганию борьбы – у 76,3, находились в состоянии внутреннего конфликта – 12,8%.

**Выводы.** Результаты исследования свидетельствуют о том, что пациенты с РА склонны к повышенной физической активности, сверхконтролю, избеганию борьбы, уходу от конфликтов и стремятся соответствовать представлениям окружающих. Полученные сведения должны учитываться при проведении психотерапевтической и психокоррекционной работы с данным контингентом больных.

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА С УМЕРЕННОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

О.В. Хорошавина, В.И. Багаев  
Кировская областная клиническая психиатрическая  
больница им. В.М. Бехтерева,  
Кировская государственная медицинская академия

Данные литературы свидетельствуют о большом экономическом бремени психических расстройств в связи с тем, что государством не решен ряд проблем.

Масштабы экономических последствий психических расстройств возрастают как в связи инвалидностью, снижением качества жизни детей, так и членов их семей.

Социально-экономические проблемы, рост безработицы, экономический спад и политическая нестабильность не могли не затронуть наиболее уязвимое звено общества, остро реагирующее на все изменения, происходящие в нем, – семьи с детьми-инвалидами. Для оказания подобным семьям эффективной помощи важно знать их жизненную ситуацию, выявить особенности психического здоровья родителей, подобрать правильный терапевтический подход и профессионально реализовать их. Рассмотрение всех этих вопросов является главной целью данного исследования.

**Материалы и методы.** Диагностика психического здоровья семей, воспитывающих детей-инвалидов с умеренной умственной отсталостью, проводилась на базе Областного реабилитационного центра, школы коррекционного обучения 8 вида классов поддерживающего обучения, бюро медико-социальной экспертизы. Обследовано 95 человек (родителей детей-инвалидов), из них 74 женщины и 21 мужчина. Для диагностики использовался клиничко-психопатологический метод, а также клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (Яхин К.К., Менделевич Д.М.).

**Результаты.** Все обследованные были разделены на группы в зависимости от возраста ребенка и нахождения его в государственных учреждениях. В 58% семей ребенок посещал государ-

ственное учреждение, в остальных семьях ребенок являлся неорганизованным. Родители детей от 1 до 6 лет, по результатам клинико-психологического обследования, признаны психически здоровыми, в этот период интеллектуальная недостаточность маленького ребенка воспринимается проще и, со слов родителей, «мы надеемся, что это еще можно исправить», отмечается отрицание болезни. Среди родителей, у которых были дети в возрасте от 7 до 14 лет, посещавшие классы поддерживающего обучения коррекционной школы 8 вида, у большей части обследованных мужчин (80%) и женщин (70%) не выявлены отклонения в психическом здоровье. Это свидетельствует о меньшей стигматизации в данных семьях. Но у родителей, имеющих детей старше 14 лет, нарастают тревожность, депрессивные расстройства, потому что их начинает беспокоить будущее ребенка. Среди родителей, воспитывающих детей в возрасте от 7 до 18 лет, не посещающих школу, выявлено, что 86% обследованных имеют тревожные и депрессивные расстройства. Это является следствием изолированности ребенка от общества и его низкой социальной адаптации.

**Выводы.** Таким образом, тревожные и аффективные расстройства выявлены у большинства родителей, дети которых не посещают государственные учреждения в период младшего и среднего школьного возраста, когда проявления интеллектуального дефекта становятся наиболее заметными. В такие моменты семья как никогда нуждается в квалифицированной медицинской, психолого-педагогической, психотерапевтической и социальной помощи. В решении этих проблем может помочь только совместная и скоординированная межведомственная деятельность специалистов с учетом биопсихосоматической модели пациента и особенностей нервно-психических расстройств его родителей.

## ПРОБЛЕМА КОМПЬЮТЕРНОЙ ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ ГЛАЗАМИ ПЕДАГОГОВ

А.В. Худяков, А.Е. Борзов

Ивановская государственная медицинская академия

Известно, что среди лиц, страдающих компьютерной игровой зависимостью (КИЗ), преобладают подростки. Большинство исследований по данному вопросу проводится в группах риска (школьники, студенты) либо среди их родственников, чаще всего родителей. При этом отношение педагогов к данной проблеме до сих пор не являлось объектом внимания. Целью нашего исследования было изучение отношения педагогов к проблеме КИЗ и их мнения о мерах профилактики в контингенте учащихся.

Было проанкетировано 105 педагогов (5 мужчин и 100 женщин) в возрасте от 24 до 65 лет (средний возраст – 43,6 года). Из них 38,7% работают учителями-предметниками, 31,1 – директорами, 22,9 – заместителями директора, 5,7% – психологами. В городских школах работают 54%, в сельских школах – 39%, остальные – в ПТУ, колледжах, техникумах. Преподают гуманитарные предметы – 58%, технические – 29, другие предметы – 13% опрошенных.

Считают проблему КИЗ актуальной 65% опрошенных; 40% сообщили, что в классах, в которых они преподают, компьютерными играми увлекаются большинство детей. Такое мнение распространено больше среди педагогов городских школ – 49% (сельских – 29%). Мнения по вопросу влияния увлечения компьютерными играми на успеваемость разделились: 56% считают, что игра зачастую снижает успеваемость, 33% – снижает успеваемость иногда, 6% полагают, что повышает. Исходя из собственной практики, отметили единичные случаи резкого снижения успеваемости 51%, а у 18% педагогов такие случаи были неоднократными. Помимо этого, увлечение компьютерными играми, по мнению 65% опрошенных, провоцирует прогулы занятий. 38% считают, что ребенок, чрезмерно увлекающийся компьютерными играми, отличается от одноклассников. По их комментариям можно составить психологический портрет такого ученика: это подросток, который имеет узкий круг общения, замкнутый, часто

невнимательный и неготовый к урокам, быстро утомляющийся, иногда проявляющий повышенную агрессивность, а самое главное, не имеющий других интересов, кроме компьютерных игр. 28% опрошенных полагают, что чрезмерное увлечение компьютерными играми повышает вероятность употребления алкоголя и наркотиков, а также формирует у ребенка зависимый стиль поведения, 7% придерживаются противоположного мнения: ребенок находится дома, под присмотром родителей, 21% отрицают такое влияние, 45% затруднились ответить.

Больше половины опрошенных (52%) считают, что профилактика КИЗ в их учебных заведениях находится не на должном уровне. Желание получить дополнительную информацию по проблеме КИЗ выразили 73% опрошенных; 85% считают необходимым проведение дополнительных мероприятий по профилактике зависимостей. Объектом профилактики должны стать родители (79%), учащиеся (61%) и учителя (16%). В числе специалистов, которым следует поручить профилактику КИЗ, чаще всего (82%) называют психологов (среди психологов так считает лишь 33%), психотерапевтов (38%), социальных педагогов (27%), наркологов (19%) и учителей-предметников (13%). Самыми эффективными формами работы с учащимися, по мнению опрошенных, являются тренинги (62%), индивидуальные беседы (53%), посещение лечебных заведений (25%), реже назывались традиционные конкурсы (12%) и лекции (9%).

Среди самих опрошенных играют в компьютерные игры систематически 2%, играют эпизодически 30%, играли раньше 19%, никогда не играли 50%.

Таким образом, несмотря на понимание проблемы КИЗ, большинство учителей и школьных психологов не готовы участвовать в ее профилактике. Это требует проведения соответствующей разъяснительной работы и дополнительной подготовки педагогов, направленных на повышение мотивации к участию в профилактической работе. В частности, необходимо создание специальных пособий и информационных материалов по этой проблеме.

## ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА–КОНОВАЛОВА

Е.В. Цыганенко, Н.В. Васильева  
Республиканская клиническая больница, Чебоксары

Впервые хроническое прогрессирующее нейропсихическое заболевание, сочетающееся с циррозом печени и связанное с отложением меди в центральной нервной системе (ЦНС), было описано С. Westphal (1883) и А. Strumpell (1898). Позже было доказано, что медь, поступающая с продуктами питания в организм человека, совершает многоступенчатый каскад превращений. Одна её часть откладывается в «медном депо» печени, другая идёт на синтез медьсодержащих ферментов, третья – «непрямая» – связывается с церулоплазмином и экскретируется с желчью.

Редконаследуемое нарушение последнего звена метаболизма меди, приводящее к избыточному её накоплению в ЦНС, печени, почках, роговице глаза, селезёнке, органах кроветворения, получило название гепатолентикулярной дегенерации, гепатоцеллюлярной дистрофии, болезни Вильсона–Коновалова. К счастью, распространённость гепатолентикулярной дегенерации (болезни Вильсона–Коновалова) в России составляет 0,3-2,6, в Чувашской Республике – 1,6 на 100 000 населения.

Различная глубина и вариант мутации АТФ-азы, катализирующей экскрецию меди в желчь, определяют клинический полиморфизм заболевания. Так, для России характерен «славянский» вариант течения болезни, характеризующийся поздним началом с преимущественным поражением нервной системы, что ведёт к нейропсихическим нарушениям, манифестирующим во втором и третьем десятилетиях жизни. Особенности неврологической и психической симптоматики представлены на примере молодой пациентки неврологического отделения №1 ГУЗ «Республиканская клиническая больница».

Больная И., 32 г. При поступлении в неврологическое отделение в сентябре 2007 г. активно жалоб не предъявляла. Со слов матери, изменения поведения у пациентки отмечались с 2004 г. (в 30-летнем возрасте): стала пассивной, безынициативной, не-

многословной, перестала заниматься домашними делами, справляться с работой, постепенно эти симптомы нарастали. При обращении к психиатрам была освидетельствована на 2 группу инвалидности с диагнозом: Шизотипическое расстройство личности. Продромальная шизофрения. Астено-депрессивный синдром. Приблизительно через год появились непроизвольные движения руками, постепенно присоединилась невнятность речи, затем непроизвольные движения лицевых мышц, пациентка стала молчаливой, на все вопросы отвечала односложно. Наследственные факторы не выявлены.

При объективном осмотре: больная пониженного питания, живот мягкий безболезненный, печень у края реберной дуги. В сознании. На вопросы отвечала адекватно. В месте и времени ориентировалась правильно. Речь односложная, малоразборчивая, произношение слов нечеткое. Настроение сниженное, взгляд в одну точку, эмоционально холодна. Наблюдались снижение памяти, внимания, замедленность мышления. Асимметрии иннервации черепных нервов не наблюдалось. Мышечная сила удовлетворительная с обеих сторон, патологии со стороны рефлекторной сферы не выявлено. Снижение мышечного тонуса с обеих сторон. Наблюдалось гримасничанье: пошмыгивание носом, вытягивание губ и шеи, причмокивания языком, периодически – вокализация; полуприседания при ходьбе, атетоидные движения кистей, непроизвольные движения стопами. Координаторных, чувствительных нарушений не было. Заподозрив гепатолентикулярную дегенерацию, были проведены биохимические анализы крови (содержание меди в сыворотке крови – 28 мкмоль/л (N13,4-24,4), аланинаминотрансфераза (АЛАТ) – 150 нмоль/сл, аспаргатаминотрансфераза (АСАТ) – 110 нмоль/сл); анализ мочи на содержание меди ( $\text{Cu}^{2+}$  – 1,35 мкмоль/л при N 0,24-0,79 / до 1,0). При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости (УЗИ ОБП) патологии гепатобилиарной системы не выявлено. При осмотре роговицы глаза щелевой лампой характерного кольца Кайзера–Флейшера не обнаружено. Магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга выявила диффузное расширение желудочков мозга, конвексительных борозд, высокое стояние зуба С2 на 11 мм выше линии Чемберлена.

Пациентке был назначен купренил по 0,125 через день по нарастающей схеме.

При повторном осмотре через полгода, на фоне приема купренила 500 мг в сутки, больная стала инициативнее, доброжелательнее, улучшилось настроение, речь стала внятнее, отмечено улучшение памяти, внимания, скорости мышления; вокализации не наблюдалось. Сохранялось гримасничанье, полуприседания при ходьбе, стоянии. Содержание меди в сыворотке крови вошло в диапазон нормальных значений. Проявился гиперкупрурический эффект: экскреция меди с мочой увеличилась до 18,9 мкмоль/л (N0,24-0,79 до 1,0).

По данным В.Т. Ивашкина, у 42% пациентов медь, накапливаясь в печёночной ткани, вызывает тяжёлое воспаление печени с трансформацией в цирроз. В приведённом наблюдении показательно преобладание симптомов декомпенсированного цирроза печени с быстро прогрессирующим синдромом портальной гипертензии у пациентки с болезнью Вильсона–Коновалова.

Таким образом, данный клинический случай демонстрирует дебют шизофрении в виде когнитивных и неврологических расстройств. Среди когнитивных нарушений преобладали снижение памяти, внимания, замедленность мышления. По литературным данным, у пациентов с гепатолентикулярной дегенерацией такие когнитивные изменения могут происходить как за счет первичного поражения мозга, так и за счет печеночной энцефалопатии. Выявленные изменения были проявлением первичного поражения головного мозга, лечение купренилом привело к уменьшению выраженности когнитивных нарушений. На фоне лечения купренилом произошло частичное восстановление внимания, памяти, скорости мышления.

По литературным данным, когнитивные нарушения при болезни Вильсона–Коновалова восстанавливаются хуже, чем неврологическая симптоматика. Данный случай демонстрирует сохранение неврологической симптоматики при небольшом улучшении аффективных функций.



## МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

### АСПЕКТЫ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ К ОБУЧЕНИЮ В ВУЗЕ

А.Н. Алехин, О.В. Андриюшевич  
Российский государственный педагогический университет  
им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург

Приспособление человека к изменяющимся условиям жизни и профессиональной деятельности является основной проблемой в медицинской психологии. Теоретикометодологической основой научной разработки этой проблемы служит теория адаптации. Адаптация в психологии понимается как системный, фазный процесс приспособления к изменяющимся условиям жизнедеятельности (Медведев В.И., Китаев-Смык Л.А., Березин Ф.Б., Коржова Е.Ю.).

Начало обучения в вузе представляет собой стрессовую ситуацию, которая требует от учащихся усилий по формированию адекватных новым обстоятельствам отношений личности. Задачи психологического сопровождения учебного процесса на этом этапе требуют научного исследования психотравмирующих факторов образовательной среды.

Сотрудниками кафедры клинической психологии РГПУ проводится обследование первокурсников в РГПУ им. А.И. Герцена и последующее динамическое наблюдение за ними в процессе обучения. Наряду с клинико-психологическими интервью, которые проводятся регулярно весь период наблюдения, используются психодиагностические методики: анкеты, тесты оценки интеллекта (прогрессивные матрицы Равена), опросники личностных черт (МРІ Г. Айзенка), проективные психодиагностические методики (незаконченные предложения, семантический дифференциал Ч. Осгуда, метод цветowych выборов М. Люшера).

Предварительный анализ результатов наблюдений позволил выявить индивидуально-психологические особенности учащихся, определяющие качество их адаптации в новых условиях обучения.

Одним из признаков качества адаптации на начальном периоде обучения в вузе является самооценка. Выявлено, что самооценка зависит от условий проживания студентов: у проживающих дома с родителями студентов она выше, чем у тех, кто живет в общежитиях. Однако оказалось, что самооценка и успеваемость связаны обратной зависимостью. Успеваемость выше у студентов с более критичным отношением к себе.

Среди факторов, вызывающих эмоциональное напряжение, подавляющее большинство наблюдаемых студентов отмечают страхи и опасения разного рода, обусловленные непривычностью условий обучения, жизнью в большом городе, неопределённостью будущего. При этом характерно, что тревога, выражающаяся в подобных опасениях, отражает и активность в освоении учебного материала. Чем выше тревога, тем выше оказались и показатели успеваемости.

О признаках эмоционального напряжения свидетельствует такой психодиагностический показатель, как коэффициент вегетативного баланса (коэффициент отражает преобладание симпатического отдела вегетативной регуляции над парасимпатическим). Судя по этому коэффициенту, до 36% студентов-первокурсников переживают состояние эмоционального напряжения. Признаками этого напряжения являются и субъективные жалобы, отражающие чувство неудовлетворённости студента различными аспектами своей новой жизни: заниженная самооценка, негативное отношение к своему будущему, слабая идентификация себя с предполагаемой профессией, отсутствие мотивации к обучению.

Индивидуально-психологические особенности студентов оказываются значимым предиктором эмоционального напряжения периода адаптации. Жалобы на самочувствие, самооценка, отношения к учёбе и к учебному коллективу зависят от таких признаков, как высокие оценки нейротизма и интроверсии. Для таких студентов наиболее значимыми психотравмирующими факторами периода адаптации становятся необходимость проживания в общежитии и отсутствие собственного пространства, денежные затруднения и ощущение беспомощности в планировании собственной жизни.

# ДИНАМИКА ОТНОШЕНИЯ ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ К ЛИЦАМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПРОЦЕССЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

О.В. Башмакова

Областная клиническая психиатрическая больница  
им. Н.М. Карамзина, Ульяновск

Профессиональная деятельность врачей, связанных с оказанием помощи в области психического здоровья, обладает рядом особенностей, обусловленных спецификой контингента больных и системой их объективного исследования, а также диссоциацией между потребностью общества в психиатрической помощи и отношением к ней. Поведенческие паттерны психопатологических нарушений сложны и многогранны, что не может не модулировать отношение психиатров к определенным категориям пациентов.

**Цель исследования:** анализ изменения отношения врачей-психиатров к лицам с психическими расстройствами (ПР) по мере увеличения профессионального стажа.

Проведено анонимное анкетирование в форме полуструктурированного интервью 120 врачей-психиатров (средний возраст –  $41,9 \pm 11,9$  года), стаж работы от 0,5 до 47 лет, мужчин – 35%, женщин – 65%. Респонденты разделены на группы со стажем работы до 5 лет (1-я группа), 10-15 лет (2-я группа) и свыше 15 лет (3-я группа). Данные временные рамки выбраны для анализа, поскольку характеризуют периоды профессионально обусловленных кризисов.

Не удалось выявить статистически значимых различий в отношении формирования контакта врачей с больными шизофренией и эпилепсией в зависимости от стажа работы: во всех подгруппах респонденты отмечали легкость установления коммуникации с больными шизофренией и затруднения при общении с больными эпилепсией. Высокая частота мнений об относительной простоте формирования контакта с больными шизофренией может быть связана с особенностями клиники заболевания, когда у пациентов, несмотря на наличие эмоционально-волевого снижения, сохраняется неизменной способностью к по-

ниманию эмоционального состояния других людей. Сложности в формировании контактов с больными эпилепсией могут быть объяснены ригидностью мыслительных, эмоциональных процессов данной категории пациентов, их склонностью к сверхнормативности поведения, дисфорическим нарушениям, что требует от врача значительного эмоционального напряжения.

Отмечалась тенденция затруднения коммуникации врачей-психиатров в отношении больных депрессиями и невротами с увеличением стажа работы: подобного мнения придерживалось 27,6% респондентов 1-й группы, 48% – 2-й и 31% – 3-й ( $p < 0,1$ ), что можно объяснить большей уязвимостью врачей со стажем работы около 10-15 лет в отношении развития синдрома эмоционального выгорания. С увеличением профессионального стажа у врачей-психиатров прослеживалось уменьшение коммуникативных проблем с больными олигофрениями, деменциями, хроническим алкоголизмом и наркоманиями (соответственно 17% мнений в 1-й группе, 19% – во 2-й и 39% – в 3-й в отношении простоты контакта с больными олигофрениями и деменциями,  $p < 0,05$ ; 52% в 1-й, и по 26% во 2-й и 3-й группах в отношении сложности коммуникации с больными хроническим алкоголизмом и наркоманиями,  $p < 0,05$ ). Уменьшение коммуникативных проблем врачей-психиатров в отношении пациентов с олигофрениями, деменциями, хроническим алкоголизмом и наркоманиями с увеличением стажа работы может быть объяснено тем, что данные категории пациентов требуют при контакте меньшего эмоционального напряжения по сравнению с больными, страдающими другими ПР.

Таким образом, стаж работы в психиатрии влияет на отношение к лицам с психическими расстройствами. С ростом профессионального стажа увеличивается тропизм к пациентам, требующим меньших эмоциональных затрат при коммуникации.

# СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ЛИЧНОСТИ, СТРАДАЮЩЕЙ ЛЮБОВНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

И.Ю. Васильева

Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары

Зависимое поведение представляет собой серьезную социально-психологическую проблему, поскольку в значительной форме может иметь такие негативные последствия, как аутоагрессивное и аутодеструктивное поведение, межличностные конфликты, утрату профессиональной деятельности, антисоциальное поведение и общую социально-психологическую дезадаптацию личности. Зависимость определяет патологическое пристрастие объекта к чему-либо или кому-либо. Известна зависимость от химических веществ (токсикомания, наркомания, алкоголизм), азартных игр, еды, секса, видеоигр, Интернета и пр.

В данном исследовании рассмотрена наиболее интимная, затрагивающая эмоционально-духовную сферу личности – зависимость любовная, «психоэмоциональная сверхзависимость» или так называемая «наркоманическая любовь».

Целью явилось изучение социально-психологических особенностей личности с любовной зависимостью.

В исследовании были использованы психодиагностические методики: SCL-90; социокультуральная анкета; психологические особенности личности (доминирующие черты, внутриличностный конфликт, психологические защиты, направленность субъективного контроля, стратегии совладания (копинга), зависимость от употребления ПАВ членом семьи) из многомерного диагноза, разработанного в Республиканском психоневрологическом диспансере.

Обследовано 30 пациентов в возрасте от 18 до 36 лет (мужчин – 13,3%, женщин – 86,7); учащиеся средне-специальных заведений и студентов вузов – 40; заняты профессиональной деятельностью – 60%). Никогда не состояли в браке 90, живут в незарегистрированном браке – 10%. Воспитывались в полных семьях и только матерями 80% пациентов. Большинство оценивали свои отношения в семье как конфликтные – 53,3%, внешне

ровные и спокойные – 33,3; доброжелательные – 13,4%. В свое время воспитывались в духе беспрекословного подчинения старшим – 40%; мало давали тепла и заботы – 23,4; родители предоставляли самостоятельность и отмечали успехи – 20; окружали заботой и опекали – 16,6%. У 73,3% испытуемых в анамнезе присутствует или имеется созависимость от злоупотребления ПАВ членом семьи.

У пациентов выявлены черты следующих психологических типов: импульсивные – 26,6%; зависимые – 23,3; ананкастные – 20,4; истерические – 16,6; тревожные – 10; параноидные – 3,5%. У женщин преобладают импульсивные, зависимые, ананкастные и истерические черты, у мужчин – ананкастные, зависимые и параноидные.

Из внутриличностных конфликтов преобладает истерический конфликт – 53,3%, далее психастенический – 26,6 и неврастенический – 20,1%.

Из механизмов психологической защиты отмечаются: отрицание – 30%; вытеснение – 13,5; рационализация – 12; фантазирование – 10; проекция – 10; компенсация – 8; интеллектуализация – 6,7; соматизация – 3,3%.

Экстернальная направленность субъективного контроля (предрасположенность индивида считать причиной событий собственной жизни внешние факторы и обстоятельства) наблюдается у большинства испытуемых – 77%, интернальная направленность (предрасположенность индивида принимать ответственность за события собственной жизни на себя, объяснять их особенностями своего поведения, характера, способностей) у остальных – 23%.

У 70% в стратегиях совладания (копинга) проблемой преобладают пассивные варианты.

Испытуемые находились в состоянии дезадаптации, которая характеризовалась тревожно-депрессивным состоянием, выраженностью навязчивых мыслей, импульсов и действий, наличием параноидных тенденций, межличностной тревожности и аутоагрессивных переживаний. Усредненный балл по SCL-90 составил: соматизация – 0,50; obs-сессивно-компульсивный параметр – 1,70; интерперсональная сенситивность – 2,11; депрессия – 2,10; тревога – 2,40; враждебность – 1,30; фобическая тревога –

0,70; параноидное мышление – 0,90; психотицизм – 0,60, чувство вины – 2.

Получается, что любовная зависимость – это болезненное состояние, негативно сказывающееся на эмоциональной сфере, интеллектуальной продуктивности, поведении и социуме человека.

Итак, личность, страдающая любовной зависимостью, преимущественно женского пола. Выросла в полной семье, в которой присутствовала созависимость от злоупотребления ПАВ членом семьи (чаще отцом). Отношения в семье были конфликтными, дисфункциональными, с нарушенной эмоциональной коммуникацией.

Воспитание ограничивалось беспрекословным подчинением старшим, недостатком тепла и заботы со стороны родителей и эмоциональным отвержением.

В структуре личности преобладают импульсивные, ананкастные и зависимые черты. Это личности недостаточно гибкие, у них велика потребность контролировать поведение, чувства и мысли эмоционально значимых людей. Они не переносят одиночество и толерантны к эмоциональным переживаниям, как все созависимые. Скорее всего, имеют еще какую-то зависимость: алкогольную, наркотическую, пищевую, игроманию, от табака.

Им свойственно отрицать, блокировать чувства, вытеснять, рационализировать и находить оправдание психотравмирующим явлениям. Это чаще неуверенные в себе и в социальных отношениях люди, с низкой самооценкой, ищущие одобрения и принятия со стороны окружающих. Они не способны или не хотят принимать решения. У них стерты «внешние» и «внутренние» психические границы личности либо непроницаемы. Присутствует категоричность в суждениях по типу «да» или «нет», «все» или «ничего».

Любовная зависимость, как и другие аддикции, заставляет человека стремиться к объекту страсти, забывая при этом о себе. Зависимый–подчиненный, а его «любимый» доминирует над ним. Он застревает в страданиях, ему ничего не увлекает в жизни, кроме аддикта. Он ни о чем не может говорить, любой разговор сводится к тому, как себя вести с ним, что делать, как ему понравится, где он, чем он занимается. В результате зависимый всеми силами стремится заслужить любовь, угодить «любимо-

му», унижаясь при этом, он только дает, не получая взамен. Он является инициатором совместных предприятий, сам выстраивает отношения, все прощает, «сглатывает обиды». Большую часть времени зависимого переполняют тревога, беспокойство, страхи, неуверенность, сомнения, ревность, злость, навязчивые мысли и раздражение по отношению к «любимому».

«Эмоциональная зависимость» тяжелее протекает у женщин, чем у мужчин, так как женщины более эмоциональны и чувственны, склонны к заботе и опеке.

Состояние зависимости от другого человека уходит корнями в детство – в зависимость ребенка от родителей. Именно она проецируется во взрослую жизнь. Ребенок относится к себе так, как родители относятся к нему. Дж.Вайсе перечисляет некоторые обстоятельства, которые могут вызывать в ребенке сильную невротизацию характера:

- если родители отвергают ребенка, он делает вывод, что заслуживает отвержения;

- его самооценка падает, и он утверждает во мнении, что никто не может любить его – не только родители, но и другие;

- если один из родителей ушел из семьи, ребенок может считать, что это произошло из-за него, и будет считать, что от него всегда должны уходить любимые люди;

- если родители не заботятся о ребенке, но требуют, чтобы он высказывал им уважение, проявлял заботу, он может сделать вывод, что его удел много давать, но мало получать;

- если один из родителей алкоголик, то ребенок с одной стороны может чувствовать беспокойство о нем, но с другой – отвержение со стороны пьющего родителя;

- если ребенок растет в несчастливой семье, то, даже став самостоятельным и покинув дом, он поддерживает уровень несчастья, соответствующий тому, к которому он привык в детстве.

Поэтому для формирования гармоничной личности велика значимость качества взаимоотношений родителей с ребенком.



## АДАПТАЦИЯ ЧЕЛОВЕКА В КРИЗИСНЫХ УСЛОВИЯХ

Н.Н. Вертячих, А.Н. Алехин

Российский государственный педагогический университет  
им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург

Настоящая социально-экономическая ситуация характеризуется высоким уровнем напряженности в обществе, нестабильностью окружающей обстановки, кризисными явлениями. Перечисленные факторы неминуемо ведут к ухудшению социально-экономического статуса трудоспособного населения, неблагоприятным изменениям в состоянии физического и психического здоровья, увеличению риска развития заболеваний.

Медико-психологическое обеспечение адаптации человека в разных условиях жизни является наиболее актуальной практической задачей клинической психологии, решение которой предполагает систематические научные исследования для выяснения форм психической адаптации человека, проявлений её нарушений, разработки психопрофилактических и коррекционных мероприятий.

Предмет исследования – проявления нарушений психической адаптации человека в связи с социальными условиями жизнедеятельности.

При анализе результатов динамического наблюдения вновь принятых на предприятие работников были уточнены формы адаптационного поведения и выделены два ведущих типа. В первую группу вошли 73 работника, во вторую – 28. Для первой группы были характерны высокие результаты деятельности по итогам испытательного периода, и, что немаловажно, субъективная удовлетворенность своим новым статусом. В то время как вторая группа, по сведениям непосредственных руководителей, отличалась устойчиво более низкой производительностью труда, а при клинико-психологическом обследовании были выявлены жалобы на неудовлетворенность условиями работы.

Результаты статистических вычислений демонстрируют, что ряд феноменов, регистрируемых шкалами опросника невротических расстройств, достоверно отличает группу сотрудников с

более высокими формальными показателями адаптации. Клинико-психологический анализ качества адаптации работников свидетельствует о том, что исходное психическое состояние является значимой переменной этого процесса. Признаки психического неблагополучия, установленные у работников второй группы динамического наблюдения, можно рассматривать в качестве следствия нарушений адаптации в сложившихся условиях социального функционирования.

Выявленная феноменология позволяет сформировать перечень сигнальных признаков напряжения адаптационных систем в изменившихся условиях жизнедеятельности. Клинико-психологическими проявлениями такого состояния являются: неспецифичность предъявляемых жалоб, их лабильный характер, полиморфность (расстройства в сфере пищеварения и кровообращения, изменения общей чувствительности, нарушения моторных функций, астенизация, расстройства сна, повышение возбудимости и ухудшение работоспособности). Ориентация на эти признаки неблагополучия позволяет распознавать состояния нарушения психической адаптации и обоснованно формировать группы динамического наблюдения для планирования и осуществления психопрофилактических мероприятий на предприятии.

Следует особо отметить феномен, установленный в данном исследовании. Наблюдаемые работники самостоятельно не предъявляют жалоб на самочувствие или работоспособность, однако при активном обследовании у них выявляются соматические признаки напряжения функциональных систем.

Следовательно, есть основания полагать, что, несмотря даже на внешние критерии успешности и эффективности трудовой деятельности, период адаптации содержит в себе стресс-факторы, обусловленные освоением непривычных условий деятельности и общения в производственном процессе. Клинико-психологический анализ психотравмирующего действия этих факторов – предмет дальнейших исследований.

## СИНДРОМ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ КАК ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ У ВРАЧЕЙ

Д.П. Дербенев, К.А. Эхте, О.В. Крячкова  
Тверская государственная медицинская академия

В современных условиях возрастает физическое и психологическое напряжение, связанное с профессиональной деятельностью врачей, усиливаются нервные стрессы. Результатом этого может являться профессиональная дезадаптация, одним из проявлений которой является синдром психоэмоционального выгорания (СЭВ).

Нами исследована распространенность СЭВ среди 770 врачей различных специальностей на уровне региона по методике В.В. Бойко.

Сформировавшийся синдром выявлен у 6,55% врачей, начало его формирования – у 23,0%. Таким образом, у 29,5% врачей отмечены признаки профессиональной дезадаптации. У 70,5% респондентов синдром не зафиксирован.

Среди отдельных симптомов СЭВ чаще всего определялись редуция профессиональных обязанностей (51,2±1,80% респондентов). Это не может не сказываться на эффективности и качестве работы врача. Несколько реже отмечались эмоциональная отстраненность (37,9±1,74%), «загнанность в клетку» (28,2±1,62%) и неудовлетворенность собой (25,7±1,57%).

Мы изучили распространенность СЭВ у врачей в зависимости от пола. Среди мужчин частота выявления сформировавшегося синдрома в 2,7 раза выше по сравнению с женщинами, показатель составил 11,8±2,2 и 4,4±0,9% соответственно ( $p < 0,001$ ).

Начало формирования синдрома отмечалось у респондентов разного пола с одинаковой частотой: среди мужчин 23,2±2,8, среди женщин – 22,9±2,8%. Доля респондентов, у которых не отмечено никаких признаков СЭВ, среди женщин составила 72,7±1,9, среди мужчин этот показатель ниже – 65,0±3,2 ( $p < 0,05$ ).

Распространенность СЭВ среди врачей различалась в зависимости от возраста. Сформировавшийся СЭВ установлен у 3,6±1,0% участников исследования в возрасте до 40 лет. У лиц старше 40 лет он обнаруживался в 2,5 раза чаще: в 9,0±1,4% случаев. Начало формирования СЭВ отмечено у 22,0±2,2% рес-

пондентов до 40 лет и у 23,8±2,1% старше 40 лет, показатель незначительно изменился с возрастом.

СЭВ не был выявлен у 74,4±2,3% врачей до 40 лет. С возрастом показатель уменьшился и в группе старше 40 лет составил 67,2±2,3% ( $p < 0,05$ ).

Исследование показало, что у врачей, имеющих квалификационную категорию, СЭВ проявляется значительно чаще по сравнению с остальными. Сформировавшийся синдром выявлен у 8,8±1,3% докторов, имеющих квалификационную категорию, и лишь у 3,2±1,0% тех, кто категории не имеет ( $p < 0,05$ ). Начало формирования СЭВ констатировано у 24,1±2,0% респондентов, имеющих категорию, и у 21,3±2,3% не имеющих.

Результаты исследования свидетельствуют о значительной распространенности СЭВ (сформировавшегося или в стадии формирования) среди врачей различных специальностей. Можно сделать вывод о профессиональной деформации личности значительной части врачей, что не может не влиять на эффективность и качество выполнения ими своих профессиональных обязанностей и состояние их здоровья. Целесообразно активизировать разработку и внедрение мероприятий по предотвращению СЭВ среди врачей.

## ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ЗАИКАНИЕМ

С.В. Кудрявцева, А.В. Яровинская

Российский государственный педагогический университет  
им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург

Заикание (логоневроз), являясь одной из частных проблем как патопсихологии, так и дефектологии, вместе с тем представляет собой область психоневрологии и медицинской педагогики. Распространенность заикания среди населения составляет от 1,5 до 2,5%. Трудности лечения логоневрозов связаны с участием в генезе заболевания психологических факторов. Существующие в настоящее время терапевтические и коррекционные методы недостаточно эффективны.

В исследовании принимали участие мужчины в возрасте 18-23 лет, пациенты Городского речевого центра Санкт-Петербурга, страдающие заиканием в течение 10-15 лет. Были использованы следующие методы: стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ) (Собчик Л.Н., 1984), методика психологической диагностики механизмов психологической защиты (LSI) (Вассерман Л.И., Клубова Е.Б., 1999).

В результате анализа данных, полученных с помощью теста СМИЛ, определена ведущая шкала Индивидуалистичности (Шизоидности) (37%). Шкала выявляет обособленно-созерца-тельную личностную позицию и характеризует исследуемых как избирательных в контактах и субъективных в оценках. Пики по шкале Ипохондрии, зафиксированные у 20% испытуемых, доказывают преобладание пассивной личностной диспозиции с ведущей мотивационной направленностью к избеганию неуспеха. Повышение профиля по шкале Гипомания (Оптимистичность) (17%), согласно Л.Н. Собчик, может сигнализировать о снисходительном отношении к своим недостаткам и непостоянстве в привязанностях, а у взрослого человека – инфантилизме и эмоциональной незрелости. Прямые связи между шкалами Ипохондрии (Невротического сверхконтроля), Истории (Эмоциональной лабильности), Депрессии (Пессимистичности) свидетельствуют о наличии невротической триады и выявляют механизм защиты по типу «бегства в болезнь». В поведении лиц данного типа борьба с болезнью трансформируется в борьбу за право считаться больным, так как статус больного представляет собой некое алиби по отношению к чувству вины за недостаточную социальную активность. Отсюда нередко «рентное» отношение к своему заболеванию. Психотерапевтическая податливость личностей данного типа в силу инертности установок чрезвычайно мала. Прямые связи между показателями шкал стенического типа реагирования – Психопатии (Импульсивность), Паранойи (Ригидность) и Гипомании (Оптимистичность) доказывают сочетание механизмов удержания баланса импульсивности, т.е. высокая потребность самореализации сочетается со столь же высоким самоконтролем и тенденцией к отторжению.

Таким образом, имеет место психосоматический вариант дезадаптации, мишенью которой оказывается наиболее слабое звено функциональной системы – речевой аппарат.

Результаты теста LSI обнаружили ведущие механизмы психологической защиты – вытеснение (33%) и отрицание (17%). Эти защиты выражены достоверно выше ( $p < 0,05$ ), чем в группе здоровых лиц, и свидетельствуют о недостаточном осознании и, более того, активном исключении из сознания приносящих психологическую боль событий и фактов. Характерными личностными чертами при этом являлись склонность к уходу в себя, избегание, склонность быть зависимым. Зрелые защиты (интеллектуализация и проекция) использовались достоверно меньше, чем в группе здоровых лиц.

Таким образом, показано, что у молодых людей, страдающих логоневрозом, существуют особенности структуры личности, которые могут определять динамику заболевания.

## О СИНДРОМЕ СГОРАНИЯ, БЕЗОПАСНОСТИ В ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И НАРКОЛОГИИ

А.В. Лисова, В.И. Лисов, С.И. Лисов

Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары

Психотерапевты, имеющие определенный опыт работы в психиатрии, приходят к выводу, что лечение неврозов как в амбулаторных, так и в стационарных условиях более утомительно и труднее, чем лечение психозов. Врачи-психиатры во время дежурств с нежеланием посещают отделения неврозов. Длительная беседа с больными неврозами у врача вызывает неимоверную усталость как после изнурительного физического труда, работа с психотическими больными менее утомляет.

Причиной усталости в беседе с невротиками является более выраженные эмоциональные реакции, поскольку врач думает, что больной может приложить свои усилия воли для излечения в отличие от больного психозом, где ожидания собственных усилий больного лишены всякого смысла. Психиатр знает, что больной не в силах помочь себе в лечении по причине искаженного психозом мышления. Психиатр в беседе чаще констатирует

нарушения мышления, а психотерапевту приходится заново конструировать здоровое мышление больного, проводить психокоррекцию рассуждений.

Врач, чувствуя ошибочное кататимное (невротически замкнутое) мышление больного неврозом, частично находится в роли судьбы и воспитателя, но проявить это к больному не позволено. Больной обижен на врача за отсутствие эффекта, врач мысленно обвиняет больного за пассивность в беседе. Если больной неврозом навязчиво возвращается в беседе к своей невротической проблеме, содружество с врачом не прослеживается и усилие врача лишено эффекта. Явление иррадиации эмоциональных состояний, то есть излучение их на окружающих, выступает более сильно при негативных эмоциональных состояниях, нежели позитивных. Этот механизм иррадиации имеет большую роль в развитии синдрома сгорания. Врач старается активизировать больного в решениях его проблемы, но больной, имея потребительское отношение к лечению, полученное в давно прошедшее советское время, не готов проявить себя в активных позициях к психическому здоровью и решению его проблемы. Все это утомляет врача, вызывая синдром сгорания.

В беседе с больным неврозом врач чувствует навязчивые эгоцентрические реакции возврата к своей проблеме, которые надо нейтрализовывать, что тоже вызывает усталость. Кроме того, у больного имеется свой характерологический, психологический, невротический тип, и постоянный контроль за его проявлением в беседе и его нейтрализация вызывают утомление. Отсутствие быстрого эффекта у больного неврозом тоже вызывает готовность к усталости врача.

Умело нейтрализуя синдром сгорания врач может привыкнуть к мысли, что результаты работы минимальны или вовсе отсутствуют. Воспитанная терпеливость врача вызывает повторное обращение больного, врач этим может довольствоваться и чувствовать, что он нужен больному, и после очередной беседы улучшение может состояться. Иногда улучшение наступает спонтанно, т. к. может быть вызвано предыдущими беседами. Подобное спонтанное улучшение давно замечено наркологами. В их работе тоже имеет место синдром сгорания в процессе лечения, казалось, бесперспективных больных алкоголизмом. На-

ходясь у последней черты своего социального развития, такой больной вдруг проявляет спонтанную или после очередного лечения ремиссию. Подобную картину можно наблюдать у больных алкоголизмом, когда толерантность к напиткам с возрастом снижается естественным образом. Учет указанных механизмов становления синдрома сгорания и умело поставленная терпеливая тактика врача в интеракциях с больными могут способствовать уменьшению эмоционального выгорания.

Нельзя назвать работу психиатра более легкой, так как в общении с больными, его родственниками и знакомыми имеется эффект стигматизации.

Общественность пока не может оценить психического больного и работу психиатров, психотерапевтов как объективное явление и необходимость. Слова «психиатрия», «психотерапия», «психически больной» вызывает в обществе отторжение, негативное, предвзятое представление, частное проявление нетерпимости, выделение человека или группы людей из общества и их дискриминацию. В этом проявляется отношение к психическому больному в негативном ракурсе с советского времени, когда психиатрия использовалась в качестве инструмента преследования инакомыслящих, то есть диссидентов. Негативное отношение к психиатрам проявляется в прямых угрозах и физическом насилии, агрессии, вплоть до проявления смертельных случаев.

Защищая права больных в законе РФ о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании, законодательство Российской Федерации недостаточно полно гарантирует безопасность сотрудников психиатрических служб. Профилактика насильственных действий к сотрудникам со стороны больных их родственников и маргинальных групп не разработана.



# ВРЕМЕННАЯ ПЕРСПЕКТИВА КАК ФАКТОР ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ СОВРЕМЕННОГО РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА

Е.Л. Николаев

Чувашский государственный университет, Чебоксары

Фактор времени, его познание, стремление к овладению им издавна имеют большое значение для развития человеческой культуры и общества. Не меньшую роль феномен времени играет и в жизни отдельной личности, в которой он может рассматриваться как в биографическом, так и в историческом масштабах (Головаха Е.И., Кроник А.А., 2008). Разрабатываемая в последние два десятилетия методика Ф. Зимбардо по временной перспективе (Zimbardo P.G., Boyd J.N., 1999) позволяет исследовать мотивационные, эмоциональные, когнитивные составляющие психологического конструкта времени как неотделимую часть образа мира человека.

Согласно этому подходу, выделяют несколько вариантов жизненных временных ориентаций личности, которые под влиянием прошлого опыта или планов на будущее во многом определяют процесс принятия решений и поведение человека в настоящем. Первая перспектива – *негативное прошлое*, отражает общее пессимистическое, негативное или с примесью отвращения отношение к прошлому. Вторая – *гедонистическое настоящее* – проявляется склонностью к беззаботному и беспечному отношению ко времени и жизни, а также принятию рискованных решений. Третья – отражает общую ориентированность личности на *будущее* и способность ради целей в будущем отказывать во многих вещах себе сегодня. Четвертая – *позитивное прошлое*, связана с теплым, эмоционально положительным отношением к прошлому. *Фаталистическое настоящее* является пятой временной перспективой и раскрывает беспомощное и безнадежное отношение к будущему и жизни в целом (Сырцова А., Соколова Е.Т., Митина О.В., 2007).

По данным авторов методики и результатам многочисленных психологических и клинических исследований, существуют достоверные положительные связи между ориентацией лично-

сти на настоящее и рискованными формами поведения или склонностью к аутодеструкции. При этом при фиксированности на гедонистическом настоящем чаще отмечается направленность личности на получение удовольствий, высокая частота употребления алкоголя и других психоактивных веществ. При преимущественной ориентации на фаталистическое настоящее преобладают тревожно-депрессивные переживания, ощущение бесперспективности и бессмысленности каких-либо активных действий.

Клинически и психологически неблагоприятной временной ориентацией также является фиксированность на негативном прошлом, когда личность характеризуется категоричной негативной оценкой нейтральных или позитивных событий своего прошлого, что сопровождается депрессивным проявлением, низкой самооценкой, высокой агрессивностью.

С другой стороны, более позитивными характеристиками личности являются ее ориентации на будущее и позитивное прошлое. Она предполагает целенаправленное планирование своей деятельности, активность, добросовестность, продуктивность или же позитивную реконструкцию своего прошлого, опору на традиции, наличие близких и теплых отношений.

Конечно, подобная оценка временной перспективы тесно связана с культурными особенностями общества. В связи с этим возникает вопрос – как можно оценить временную перспективу современного российского общества? Какие тенденции в нем преобладают, и каковы возможные последствия всего этого? У многих не вызовет сомнения, что сегодня налицо: во-первых, высокая представленность гедонистической направленности на настоящее в ущерб будущему. Причем масштабнее всего это выражено у молодого поколения (Бери от жизни все! Живи в кредит – так делают все успешные! Позволь себе – ты этого заслуживаешь! и т.д.). Вторая распространенная тенденция – это негативная оценка своего прошлого: своего собственного, жизни своих родителей и предков, своей малой родины, истории своей страны (Так жить нельзя! В этой стране никогда ничего хорошего не будет! и т.д.).

Это отгораживающее восприятие своего прошлого сегодня продолжает активно транслироваться по многим социальным кана-

лам и приводит к тому, что сотни и тысячи людей просто стыдятся своего прошлого и настоящего, истории своей страны, рассматриваемой исключительно в негативных тонах, а настоящего – с уничижительно-снисходительных позиций, что не может не сказаться негативно на их психологическом состоянии.

Подобная глубоко дисгармоничная временная перспектива просто не может породить успешного и благополучного человека. Гармоничный человек ориентирован на позитивную оценку любых жизненных ситуаций и событий. А что же говорить обо всем обществе? Не в этом ли социальная причина роста числа тревожных, депрессивных нарушений, расстройств адаптации и связанных со стрессом нарушений, химических и нехимических зависимостей и аутодеструктивного поведения?

Так может, вместо опоры на потребление и развлечения, негатива к прошлому и фатализма к настоящему (в котором ничего не изменишь) стоит больше окрылять людей мечтой и надеждой (с планированием и прогнозированием будущего), а также целенаправленно формировать осознанную любовь к своей малой родине, своей стране и ее истории (устойчивая позитивная оценка)? Психологическое благополучие как отдельного индивида, так и всего общества от этого только возрастет, а значимость материального благосостояния не будет столь довлеющей. Ведь не секрет, что самые счастливые люди живут не в самых богатых странах.

## ИЗ ОПЫТА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПАЦИЕНТА С НЕЙРОДЕРМИТОМ

Н.А. Русина

Ярославская государственная медицинская академия

Молодой человек, 27 лет, страдающий нейродермитом с 1,5 года и бронхиальной астмой с подросткового возраста, находится на амбулаторном лечении у дерматолога. Пациент самостоятельно пришел к выводу, что причины обострения заболевания имеют психологическую природу. Классический сценарий психокоррекционной работы с пациентами данных нозологий заключается в поиске семейных ситуаций воспитания, форми-

рующих пунктуальность, аккуратность при нейродермите и сдержанность, вежливость при астме. Родители позиционируются как отвергающая или холодная, либо с утрирующей нежностью или удушающей любовью мать, а отец как человек, у которого не хватает времени на воспитание (Пезешкиан Н., 1996). Задача психолога-психотерапевта обнаружить, какие амбивалентные трудности заставляют пациента «реагировать кожей», «сдерживать дыхание».

В данном случае классический сценарий не срабатывает. Пациент вырос в полной семье, родители воспитывали его в любви и понимании. В семье двое детей, пациент – старший сын. Мать – русская, отец – грузин. Молодой человек вырос в России, получил высшее образование. Имеет работу, приносящую средний достаток. Любит девушку, на которой собирается жениться. Вежлив, аккуратен. Внешность имеет выраженный грузинский тип. Отец умер 2 года назад. Мать – врач, отец – геолог, в советское время имел работу в Грузии и часто уезжал в экспедиции. Любил мать и детей. Политическая ситуация заставила отца остаться работать в России. В семье не было конфликтов. Во время беременности мать работала в сельской местности, ей приходилось много ездить. При угрозе выкидыша для сохранения плода ей ввели препараты, которые могли вызвать у ребенка аллергическое заболевание. В детстве она уделяла много внимания здоровью мальчика, занималась с ним дыхательными упражнениями, закаливанием, за что сын ей благодарен.

Диагностика различных ситуаций не вызывает у пациента напряжений в теле, молодой человек не демонстрирует тревоги, раздражения, бурных эмоциональных реакций. Пациент отметил, что с матерью имел больше понимания. Считает, что внешне похож на отца, но в нем «больше русского, чем грузинского». Поскольку отец не смог перестроиться в новых условиях, у них возникали идейные разногласия, но конфликтов не было. Говорит, что не разделял устаревших взглядов отца. На вопрос, испытывает ли он трудности в общении, учитывая его грузинское имя и внешность, пациент ответил отрицательно. Неоднократно был в Грузии и на вопрос, исключает ли он возможность жизни в грузинской среде, ответил, что допускает это, но ситуация неблагоприятна для переезда.

Неожиданные эмоциональные реакции пациент начинает проявлять, когда рассказывает о грузинских традициях. Разговор на эту тему получил развитие, когда был задан вопрос о телесных контактах с родителями, столь важных для больных аллергическим заболеванием. Как оказалось, телесный контакт больше проявлял отец в силу своей «южной» природы, но сын считал, что мужчины не должны его проявлять и отстранялся. В то же время он с удовольствием вспоминает родственников отца, их обычаи. Его удивляет неуважительное отношение к женщинам в русской среде. Он описывает теплые отношения между людьми в грузинской культуре. Дальнейший анализ эмоциональных реакций, обусловленных подсознательно, удивляет его самого, он начинает понимать, насколько похож в этом на отца, говорит, что никогда не задумывался, что честь и достоинство, являющиеся культовыми в грузинской среде, столь значимы для него. Пациент обнаруживает, что фактически проявляет в данных ситуациях ценности и взгляды отца. Его реакции сопровождаются изменениями в теле, появляются жестикация, блеск в глазах, эмоциональность в речи.

Итогом диагностической ситуации является осознание пациентом внутреннего конфликта между его природной эмоциональностью, унаследованной от отца, и необходимостью сдерживать свою подсознательную агрессию на ситуации, с которыми он не может, но вынужден мириться в силу воспитанности и определенной опасности проявления национальных черт в русской среде. В отличие от неврозов, в основе которых также лежит внутриспсихический конфликт, при психосоматических заболеваниях происходит двойное вытеснение: вытесняется не только неприемлемый для сознания мотив, но и невротическая тревога по этому поводу и все невротическое поведение в целом. Конфликт заставляет пациента «реагировать кожей» и «сдерживать дыхание».

Через несколько сеансов пациент начинает отслеживать ситуации, после которых у него возникает улучшение физического самочувствия. Он учится связывать свое болезненное состояние с эмоциональным сдерживанием. Работа строится в техниках психосинтеза фактически на «примирении» его с отцом, в техниках нейролингвистического «якорения» его ресурсных со-

стояний, в которых ему бывает комфортно, а также через когнитивно-эмоциональное согласование его противоречивых ценностей, через работу с базисными убеждениями.

## ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ

Н.А. Русина, К.С. Говоровская, А.Л. Клочихин  
Ярославская государственная медицинская академия

В клинической психологической практике накоплен достаточный опыт исследований психологических особенностей пациентов разных нозологий, особенно в психосоматической клинике. Несколько менее изучен психологический статус пациента с онкологическими заболеваниями. Исследования в хирургической практике еще менее представлены и касаются изучения особенностей тревоги кардиохирургических больных (Бурлачук А.Ф., Коржова Е.Ю., 1998), поведения онкологических больных в ситуации реальной витальной угрозы (Русина Н.А., 2002-2009), адаптивности больных в условиях операционного стресса (Барабошин А.Т., 2007).

Работая в онкологической клинике, мы достаточно часто встречаемся с ситуацией отказа пациента от операции в случае, когда она показана ему по жизненным показателям. В онкологической хирургии результатом явилось удаление органов и возникновение косметических дефектов. В ситуациях с онкологическими больными, подвергающимися хирургическому вмешательству с калечащими операциями, имеет место тройное усиление стрессового фактора: тяжелая болезнь, калечащая операция, ситуация витальной угрозы (Русина Н.А., 2007). Калечащие операции приводят к нарушениям восприятия собственной схемы тела и образа тела (восприятие себя). Это в полной мере относится к больным раком гортани. Наложенная трахеостома мешает полноценному функционированию в обществе. Необходимость специального ухода, невозможность нормального общения с окружающими, профессиональная непригодность, ограничения в еде, сексуальном плане – все эти моменты могут приводить к отказу пациента от оперативного лечения, а после

операции – к суицидальным мыслям. Такие пациенты ощущают себя изуродованными, ненужными, некрасивыми. Это порождает дополнительные комплексы, усугубляет заболевание.

Для диагностики личностных реакций больных мы использовали психологические методики: опросник отношения к болезни ТООБЛ, методику определения психологических защит «Индекс жизненного стиля», опросник копинг-реакций Lazarus, разработанные и адаптированные в лаборатории клинической психологии НИИ им. В.М. Бехтерева, опросник выраженности психосоматической симптоматики Н.В. Тарабриной.

Больные основной группы, которые дали согласие на проведение операции, отличаются более стойким эмоциональным состоянием и адекватным отношением к себе и своей болезни. Это пациенты, способные быстро и самостоятельно, без помощи родственников принимать четкие решения и определять план своего лечения совместно с врачом, разделяя с ним ответственность за лечение. При этом они с помощью рекомендаций врача-онколога, психолога готовы продолжать лечение, быстрее восстанавливаются после операции и возвращаются к привычной жизни.

В группе сравнения пациенты, отказавшиеся от хирургического лечения, длительно посещали врача-онколога, обсуждали свое состояние и возможное лечение с близкими, зачастую требуя принятия решения об операции от родственников, ответственность за лечение возлагали на лечащего врача. Тяжело воспринимали известие о выявленном заболевании, что влекло необходимость оказания психологической поддержки и принятия решения лечащим врачом, психологом.

Наши результаты позволяют:

- исследовать причины, заставляющие пациентов, имеющих рак гортани, соглашаться или отказываться от операции,
- изучать адаптационные ресурсы, позволяющие больным справиться с этой проблемой,
- учитывая особенности личности пациента, оказывать ему психологическую и психотерапевтическую помощь, уменьшающую его страдания и улучшающую качество жизни.

## БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ КОМПОНЕНТЫ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Д.Г. Семенихин

Казанская государственная медицинская академия

С позиции биопсихосоциальной концепции психиатрии терапия параноидной шизофрении интегрирует в себе действие на трех уровнях – биологическом, индивидуально-психологическом и социальном. Одним из важных факторов, снижающих комплайентность больных, является нарушение критичности, изучение структуры которой представляет актуальную медико-социальную проблему.

С целью выявления отношения больных параноидной шизофренией к отдельным проявлениям заболевания наблюдалось 111 пациентов, проходивших стационарное лечение, и из них 76 мужчин, 35 женщин, средний возраст –  $41 \pm 8,9$  года, средняя продолжительность заболевания –  $13,8 \pm 3,6$  года. Проведено клиничко-психопатологическое исследование с использованием шкалы позитивных и негативных синдромов PANSS (адаптация Мосолова С.Н., 2001) и анкетирование пациентов с использованием шкалы Дембо-Рубинштейн в модификации Т.М. Габрияил (1972), где «1 балл» – полное отсутствие признака, «7 баллов» – наиболее выраженное присутствие и воздействие болезненного признака.

Установлено, что 77,48% пациентов ( $n=86$ ) отрицали у себя наличие психического заболевания, то есть считали себя психически здоровыми (оценки «5-7 баллов» по шкале Дембо-Рубинштейн в модификации Т.М. Габрияил, 1972). Клиничко-психопатологическое исследование с помощью PANSS показало разные степени выраженности не критичности к болезни, прослеживаемые у 84,68% пациентов ( $n=94$ ). Однако 95,5% больных ( $n=106$ ) признавали у себя наличие отдельных болезненных симптомов. Сравнение показателей критичности к болезни в целом и ее отдельным проявлениям обнаруживает достоверные различия ( $p < 0,05$ ). Различие оценки психического состояния больными и психиатрами может быть связано как с собственно болезненными проявлениями, так и с диссимулятивными тен-



денциями пациентов, возникшими вследствие опасения социальных последствий наличия факта психического заболевания. Далее все симптомы заболевания разделены на 2 группы с использованием биопсихосоциального принципа: в первую отнесены признаки, характеризующие преимущественно «биологические» проявления болезни, не вызывающие социальной стигматизации: головная боль, неприятные ощущения в теле, сниженное настроение, апатия, нарушение сна. Указанные проявления получили высокие оценки больных (преобладали баллы «5-7»). Параллельно с больными указанные симптомы оценены по PANSS (соответственно шкалы соматической озабоченности, депрессии и пассивно-апатической социальной отгороженности). Не обнаружено достоверных различий во мнениях врачей и пациентов, что свидетельствует о достаточно высокой критичности последних. Допустимо предположение, что данные симптомы являются для больных основой формирования соматизации психического расстройства как проявления снижения критичности к психическому заболеванию. Вторую группу составили симптомы, свидетельствующие о нарушении социального функционирования, вызывающие социальную стигматизацию: нарушение внимания и памяти; враждебность, раздражительность, вспыльчивость и нарушения поведения, действия, несообразные окружающей обстановке, зачастую связанные с реализацией агрессивных поступков; автоматизмы. Больные дали низкие оценки данным нарушениям (преобладает «1-3 балла»), врачи – наоборот (преобладает «4-6 баллов»). Критичность больных к данной группе нарушений значимо ниже.

Таким образом, данные о высокой критичности к социально нейтральным симптомам психического заболевания при параноидной шизофрении и низкой критичности к социально стигматизируемым проявлениям и болезни в целом могут служить основой для психотерапевтической интервенции и психосоциальной реабилитации.

## СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА

В.А. Урываев, Н.В. Руденко  
Институт Дружбы народов Кавказа, Ставрополь

Диагностика социального контекста формирования (либо деструкции) личности и, соответственно, владение психодиагностическими методиками являются, по нашему мнению, важной частью профессиональной компетенции медицинского психолога.

Уже на этапе «общеклинической» оценки, например, при применении опросника ВОЗ КЖ-100 (разработанный под эгидой ВОЗ опросник оценки качества жизни, включающий 100 основных сторон жизненной адаптации) в поле зрения врачей и медицинских психологов попадают самые различные сферы социальной приспособленности человека. Аналогично в детской клинике успешно применяется «Вайлендская шкала социальных навыков» (или шкала Э. Долла), которая, как показывают исследования, высоко коррелирует с общим коэффициентом интеллекта.

В группе профессиональных «общепсихологических» методик исследования (они изначально не ориентированы на психиатрическую клинику, разрабатываются и адаптируются на широкой «неклинической» выборке) вопросы социально-психологической адаптации пациентов также могут оказаться чрезвычайно значимыми. Так, при применении опросника личностных ориентаций – ЛиО (НПЦ «Психодиагностика», Ярославль) мы обнаружили (уже на уровне «субклиническом», точнее, в различных вариантах дебюта заболевания) сходные признаки не менее чем умеренного ослабления импульса к самоактуализации в группах невротиков, алкоголиков, больных шизофренией (диагнозы верифицированы врачами-психиатрами). Пациент начинает выпадать из социального контекста еще до того, как возникает необходимость его стационарного или интенсивного амбулаторного лечения. Соответственно, перед психологами и социальными работниками открываются перспективы эффективного терапевтического вмешательства в ситуацию.

Сюда же можно отнести и опросник Чарльза Шеффера, разработанный в традициях транзактного анализа, в котором высокие показатели «деструктивного родителя» статистически достоверно отличают обычных подростков от алкоголизирующихся подростков и подростков-наркоманов.

Здесь же мы определили бы место методик, адресно направленных на оценку структуры и влияния семьи на поведение пациента, роль микро- и макросоциальных условий (например, методика «Шкала семейных отношений», адаптированная в ПНИ им. В.М. Бехтерева). Дисгармония семейных отношений – один из надежных показателей начинающейся социальной дезадаптации личности.

Еще одним примером может служить группа методик, которые строятся по принципу «незаконченного предложения». В классическом варианте Д. Сакса 60 незаконченных предложений группируются по 15 основным направлениям отношений личности, включая социальную среду.

В третьем классе методик находятся методики, созданные «специально» для оценки девиантного поведения (в том числе и с наличием выраженных отклонений), для психиатрической клиники (Орел А.Н. «Склонность к отклоняющемуся поведению»).

Отдельный аспект – завершенность внутреннего процесса социализации личности, видоизменение (созревание, интериоризация) механизмов самоконтроля под влиянием социальной среды. Ярким примером является методика исследования фрустрации Соула Розенцвейга (психоаналитически ориентированного психолога), в которой в наборе стимульного материала ситуации разделены на «эго-блокинговые» и «супер-эго-блокинговые» (всем, кто знаком с началами психоанализа, знакомы эффекты деструкции «супер-эго» и последствия этого).

Социально-психологическая адаптация пациента (если мы в нее включим и профессиональную деятельность, и семейные отношения) составляет более половины его адаптационных ресурсов.

## ВРАЧЕБНАЯ ЭТИКА: ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧА И ЕГО КОЛЛЕГ

М.А. Чепурной

Республиканский наркологический диспансер, Чебоксары

Своевременность и качество оказания медицинской помощи зависят от правильных взаимоотношений между медицинскими работниками, преемственности и слаженности в работе всех медицинских служб.

Правильные взаимоотношения врачей между собой в процессе работы достигаются при соблюдении нескольких условий: уважительное отношение ко всем сотрудникам, своевременное обращение врача к своим коллегам за советом во всех сложных для диагностики и лечения случаях.

Грубейшим нарушением врачебной этики является пренебрежительное высказывание о своем коллеге, тем более в присутствии больного. Данный факт всегда осуждался медицинской общественностью.

Нарушения врачебной деонтологии чаще проявляются в отношении молодых врачей. В коллективе со здоровым микроклиматом наблюдается внимательное отношение к начинающим врачам, и если выявляются какие-либо ошибки в диагностике и лечении, то замечания делаются в спокойной и доброжелательной форме и никогда в присутствии больного.

Отношения с коллегами должны быть доброжелательными, честными и откровенными. Врач никогда не должен бояться признаться коллегам в своих затруднениях и упущениях и просить их о совете.

Во всех затруднительных случаях он обязан обратиться за консультацией к более опытному коллеге. Обращение за помощью свидетельствует о серьезном и вдумчивом подходе к выполнению своих врачебных обязанностей, об ответственности перед больным.

Консультация должна проводиться в присутствии лечащего врача, это позволяет выработать согласованный план действий. В присутствии больного недопустимы критические замечания консультанта в адрес лечащего врача. При проведении конси-

лиума также должны соблюдаться определенные деонтологические требования. Каждый врач должен высказать свое мнение, не беспокоясь о том, что думают другие. Ведущий специалист обязан выслушать мнение каждого участника консилиума, а если он не согласен с отдельными высказываниями, то свои замечания должен сделать корректно и убедительно.

Необращение врача за советом к своему более опытному коллеге в сложных для диагностики и лечения ситуациях является серьезным деонтологическим нарушением.

В условиях коммерциализации медицины часто появляется вопрос: «Должен ли врач делиться своим опытом и знаниями? Если подскажу ему что-либо, то мой пациент может уйти к нему, и я потеряю клиента, потому что он будет знать чуть больше, чем я!». Такое деление на «мой – твой больной» не только ставит врача на одну ступень с коммерсантом, но и непосредственно влияет на качество оказания высококвалифицированной медицинской помощи.

Успешная деятельность коллектива в лечебно-профилактическом учреждении зависит не только от взаимоотношений врача и его коллег, но и от слаженной работы врачей со средним и младшим медицинским персоналом. «Врач – это голова, медсестра – его руки, а санитарка – его тело». Медицинские сестры и санитарки находятся у постели больного и могут заметить такие проявления болезни (или реакции на лечебные воздействия, например на лекарственные препараты), которые не наблюдал врач. Огромное количество человеческих жизней было спасено только благодаря тому, что они вовремя заметили ухудшение в состоянии больного, что позволило своевременно оказать неотложную помощь. Врач должен налаживать и укреплять деловое и уважительное отношение к своим помощникам и никогда не относиться к ним с позиции собственного превосходства. «Умный врач, то есть чувствующий малость своих познаний и опыта, никогда замечаний сиделок не призрит, но паче воспользуется ими», писал М.Я. Мудров.

# ПСИХОТЕРАПИЯ И СУИЦИДОЛОГИЯ

## КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ НЕВРОЗАМИ

И.Р. Абитов

Институт социальных и гуманитарных знаний, Казань

Одной из самых актуальных проблем современной психологии является проблема совладания со стрессом. В России одной из первых попыток исследования копинг-поведения явилось изучение В.А.Ташлыковым в 1990 г. личностных механизмов совладания и защиты у больных неврозами в процессе психотерапии. В дальнейшем исследования проводились В.А. Абабковым, Н.М. Веселовой (1994), В.Д. Видом, Г.Л. Исуриной (1988), Б.Д. Карвасарским (1982), Р.К. Назыровым, Ю.П. Поповым, Н.А. Сиротой (1994), Л.М. Таукеновой (1995), Е.И. Чехлатым (1994), Е.Н. Юрасовской.

Типы модальности копинг-механизмов могут проявляться в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах функционирования личности больного. В когнитивной сфере могут получить развитие следующие копинг-механизмы: отвлечение или переключение мыслей на другие, более важные темы; игнорирование, снижение серьезности болезни и др. Копинг-механизмы, связанные с эмоциональной сферой личности больного, проявляются в виде переживания, протеста, возмущения, изоляции, подавления, самообвинения и др. С поведенческой сферой связаны следующие копинг-механизмы: отвлечение, альтруизм, активное избегание, компенсация, уединение.

Исследование копинга у лиц, страдающих неврозами (Карвасарский Б.Д. и др., 1999), показало, что по сравнению со здоровыми людьми для них характерна большая пассивность в разрешении конфликтов и проблем, им свойственно менее адаптивное поведение. Больные неврозами, например, часто реагировали «растерянностью» (когнитивная копинговая стратегия), «подавлением эмоций» (эмоциональная копинговая стратегия) и «отступлением» (поведенческая копинговая стратегия).

Исследования копинг-поведения у больных неврозами (Веселова И.В., 1995; Чехлатый Е.И., 1994) свидетельствуют о том,

что они достоверно реже, по сравнению со здоровыми людьми, используют адаптивные формы копинг-поведения, такие как поиск социальной поддержки, альтруизм, оптимистичное отношение к трудностям. Больные невротиками чаще, чем здоровые, склонны выбирать копинг-поведение по типу изоляции и социального отчуждения, избегания проблемы и подавления эмоций, легко впадают в состояние безнадежности и покорности, склонны к самообвинению.

В 2006-2007 гг. нами было проведено исследование, эмпирическую базу которого составили результаты диагностики здоровых испытуемых обоего пола в возрасте 30-50 лет (50 чел.), которые сравнивались с диагностическими данными лиц, проходящих лечение в дневном стационаре Республиканской клинической психиатрической больницы г. Казани, городской клинической больницы № 18 г. Казани с диагнозом «невротическое расстройство» (70 чел.). В диагностических целях были применены следующие методики: копинг-тест (Р. Лазарус); методика Э. Хайма для исследования копинг-поведения.

Были получены следующие результаты.

В группе здоровых испытуемых более выражены, чем в группе лиц, страдающих невротическими расстройствами, такие копинг-стратегии, как конфронтативный копинг, планирование решения проблемы, положительная переоценка ( $p \leq 0,01$ ); принятие ответственности ( $p \leq 0,05$ ); дистанцирование и самоконтроль ( $p \leq 0,001$ ). В группе здоровых испытуемых достоверно чаще, чем в группе лиц, страдающих невротиками, используется адаптивная копинг-стратегия «оптимизм» ( $p \leq 0,001$ ).

В группе больных, страдающих невротическими расстройствами, не используются копинг-стратегия «игнорирование» и относительно адаптивная копинг-стратегия «конструктивная активность». Неадаптивная копинг-стратегия «растерянность» достоверно более часто применяется в группе больных невротическими расстройствами ( $p \leq 0,05$ ), чем в группе здоровых лиц.

## ЗНАЧЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЪЕДИНЕНИЙ В РАЗВИТИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

В.С. Баранов, Д.В. Романов

Самарский государственный медицинский университет

Развитие медицинской модели психотерапии (ПТ) предполагает консолидацию научных, образовательных и организационных усилий профессионального сообщества. Они включают: интеграцию ПТ с общей медициной и существующими концепциями лечения; разработку методологии психотерапевтического процесса, в том числе универсального понятийного аппарата, детализацию механизмов действия, показаний, противопоказаний, побочных действий ПТ, разработку составляющих психотерапевтического диагноза, прогноза и критериев эффективности; преимущественное использование доказательных подходов лечения; совершенствование системы подготовки врачей-психотерапевтов; формирование и развитие общественных психотерапевтических объединений. Все виды указанной активности будут содействовать развитию отечественных научных школ ПТ.

Прогресс в развитии ПТ стимулируется позитивной динамикой отношения общества (и медицинского сообщества в том числе) к психотерапевтическому методу лечения. Расширяется спектр психотерапевтических методик и техник, накапливается опыт оценки эффективности их применения в различных клинических группах.

Роль профессиональных общественных объединений в этом процессе трудно переоценить. Психотерапевтические сообщества могут объединять представителей различных направлений ПТ (как врачей-психотерапевтов, так и медицинских психологов), предоставляя специалистам возможности для взаимного развития и обмена опытом. Начиная с 1995 г. в Самарской области работает региональная Ассоциация врачей-психотерапевтов и практических психологов, насчитывающая 80 чел. В структуре Ассоциации – секции клинического психоанализа, медицинской психологии, ПТ в наркологии, инновационных психотехник, мастерские, балинтовские и супервизионные



группы. Накоплен позитивный опыт совместной работы врачей и психологов в рамках медицинской модели ПТ, позволивший избежать конфликта интересов и деструктивной изоляции специалистов. Практика работы Ассоциации показала настоятельную потребность в постоянном взаимодействии специалистов, оказывающих психотерапевтическую помощь, способствующих формированию интегральных подходов и общего понятийного аппарата. Принципиальным моментом является тесное сотрудничество Ассоциации с кафедрой психиатрии, наркологии, ПТ и клинической психологии Самарского государственного медицинского университета, обеспечивающей постоянную научно-методологическую и образовательную поддержку работы Ассоциации, а также с профессиональными психиатрическими и психотерапевтическими объединениями страны, региональной Ассоциацией врачей. Наряду с запросами учреждений здравоохранения при формировании образовательных программ Института последипломного образования Самарского государственного медицинского университета также учитываются рекомендации Правления Ассоциации. Образовательные программы, наряду с циклами переподготовки и общего усовершенствования по ПТ, включают оригинальные циклы тематического усовершенствования, посвященные вопросам клинического психоанализа, современной суггестивной ПТ, психотерапевтической супервизии.

Этический комитет при Ассоциации участвует в работе этической комиссии региональной Ассоциации врачей, рассматривает возникающие в работе врачей-психотерапевтов этические конфликты, обеспечивает организационно-правовую поддержку членам Ассоциации. Основные виды активности данного общественного объединения направлены на укрепление профессиональной идентичности специалиста, а также на формирование позитивного имиджа профессии психотерапевта в обществе.

# МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ИХ РОЛЬ В ФОРМИРОВАНИИ И РАЗВИТИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ, СВЯЗАННЫХ СО СТРЕССОМ, И СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ В СЕМЬЯХ, НЕ ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

М.О. Басов

Институт усовершенствования врачей, Чебоксары

В семье формируется отношение к своему здоровью и к здоровью других членов семьи, закладываются основы образа жизни индивида. Значение семьи иллюстрируется фактом, что подавляющее число людей живут в семье.

**Цель исследования:** изучить медико-социальные факторы, влияющие на формирование и развитие невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств (НР) в семьях, не имеющих детей.

**Материалы и методы.** Для сбора и накопления первичной информации нами разработана «Карта изучения влияния медико-социальных факторов на развитие невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств в условиях крупного промышленного города с учетом типа семьи». В основу исследования заложен принцип сплошного обследования больных с заключительным диагнозом «НР» в рубрике F4 по МКБ-10, находящихся на стационарном лечении в Казанской городской психоневрологической больнице, Казанской городской больнице №18, Республиканской клинической психиатрической больнице МЗ РТ, проживающих в семьях, не имеющих детей. В исследовании учитывались семьи, не имеющие детей (брачная пара без детей) (Камалова Ф.М., 1999). Проведена выкопировка данных из «Карт выбывшего из психиатрического (наркологического) стационара» ф.066-1/у-02 и «Медицинских карт стационарного больного» ф.003 1-у у всех опрошенных респондентов. Всего обследовано 68 брачных пар без детей.

Для оценки влияния медико-социальных факторов риска на формирование и развитие НР в брачных парах без детей проанализированы связи между качественными признаками по критерию Крамера (КК) с помощью таблиц сопряженности. Вопрос о достоверности КК решался исходя из значения  $\chi^2$ . Результатив-

ным признаком в нашем исследовании являлся исход заболевания. Исход заболевания оценивался в шести градациях: А – выздоровление, В – значительное улучшение, С – улучшение, D – без улучшения, Е – ухудшение, О – практически здоровый.

**Результаты.** Анализ полученных данных показал, что сила связи между исходом заболевания и неблагоприятными медико-социальными факторами в брачных парах без детей различна. Сила связи между исходом заболевания и неблагоприятными медико-социальными факторами: социально-гигиеническими – ежемесячный доход ниже прожиточного минимума на одного члена семьи (КК – 0,314;  $p < 0,05$ ), женским полом (КК – 0,299;  $p < 0,05$ ); производственными – неудовлетворенность настоящей работой (КК – 0,313;  $p < 0,05$ ), работа выполняется в закрытом помещении (КК – 0,289;  $p < 0,05$ ); образом жизни (поведенческих) – неблагоприятный микроклимат в семье (КК – 0,302;  $p < 0,05$ ), медико-биологическими – отягощенная наследственность психическими расстройствами, алкоголизмом у родителей и близких родственников (КК – 0,314;  $p < 0,05$ ), возраст матери во время беременности старше 31 года (КК – 0,305;  $p < 0,05$ ); медицинской активностью – обращаемость за медицинской помощью только при тяжелом заболевании (КК – 0,304;  $p < 0,05$ ), недостатками медицинского обслуживания – неудовлетворенность деятельностью врача по оказанию медицинской помощи (КК – 0,330;  $p < 0,05$ ).

Таким образом, полученные результаты позволяют с достаточной степенью достоверности отметить, что высокая распространенность НР в брачных парах без детей обусловлена влиянием комплекса неблагоприятных медико-социальных факторов (социально-гигиенических, производственных, образа жизни (поведенческих), медико-биологических, медицинской активности, недостатков медицинского обслуживания). Большинство указанных факторов являются управляемыми. Это, в свою очередь, требует разработки индивидуальных медико-социальных мероприятий для предупреждения формирования и развития НР у каждого больного с учетом типа семьи и комплексного влияния неблагоприятных факторов риска.

# ИНТЕГРАТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

О.И. Боев, Л.Н. Мексичева

Ставропольская государственная медицинская академия

У комбатантов не диагностируется гармоничность-дизгармоничность высших свойств личности (самосознание, антиципация, эмпатия, морально-нравственные качества), не осуществляется системная идеологическая подготовка, отражающая государственные интересы России. Дизгармоничность высших свойств личности и отсутствие адекватной идеологической подготовки могут приводить к формированию аномальной личностной и поведенческой изменчивости, что в условиях мирного времени может провоцировать рецидивы посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) или формировать социально-стрессовые расстройства (ССР).

**Материал и методы.** Эмпирически наблюдалось 126 комбатантов из спецподразделений различных силовых ведомств, участвовавших в боевых действиях по восстановлению конституционного строя РФ. В обследование включались комбатанты, побывавшие не менее чем в 5-7 командировках сроком по 3-6 месяцев. Вместе с членами семей (жена, ребенок) в системной психотерапии участвовало 378 чел. В клинико-психопатологическое (по критериям МКБ-10), патопсихологическое (личностные, клинические опросники и проективные тесты) обследования до и после завершения психотерапии включено 82 комбатанта, с членами семей – 264 чел. Возрастной диапазон взрослых соответствовал 28-50 годам, детей – 10-18 лет. Среди комбатантов спецназа объективизировать психопатологические проявления, соответствующие критериям ПТСР, удалось у 32% обследованных, ССР – у 41, личностные расстройства в виде аномальной личностной изменчивости – у 27%.

Все обследованные были дифференцированы на 4 личностных базовых психотипа (шизоиды, эпилептоиды, циклоиды) и на варианты смешанной структуры психотипа, а также распределены в одном из диапазонов конституционально-континуального пространства: психологической нормы – акцентуа-

ции, пограничной аномальной личности и психопатии (личностные расстройства). Представители психотипов принадлежали к спецназу различных военных ведомств.

Методы психотерапии включали личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию, семейную системную психотерапию, гипнотерапию и телесно-ориентированную психотерапию. Результаты исследований были подвергнуты непараметрической математической статистике (кластерный анализ с критерием t-теста и дискриминантный анализ с критерием Махаланобиса).

**Результаты исследований.** Не директивная гипнотерапия предваряла начало системных психотерапевтических и идеологических воздействий на личность. Начиная сеансы системной психотерапии с гипнотерапевтического транса, мы способствуем фиксации смыслового содержания предыдущих суггестий в виде образов обыденного сознания. Если этого удастся добиться, и мы регистрируем образы обыденного сознания, которые соответствуют содержанию предыдущих суггестий, то эффективность любых вариантов комплексной или комбинированной системной психотерапии, которые мы выбираем, основываясь на индивидуально-типологических характеристиках испытуемого, гораздо выше, чем, если бы мы не использовали трансовые состояния.

## ВЫБОР СПОСОБА САМОУБИЙСТВА И КОРРЕЛЯЦИЯ С ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИМИ СИНДРОМАМИ

А. Борохов, Е. Резников  
Психиатрический госпиталь Кфар-Шауль,  
Иерусалим, Израиль

Проблема самоубийств является краеугольной не только в узкоспецифическом ракурсе психиатрии, но и медицине в целом.

Несмотря на обилие работ, освещающих различные аспекты этой проблемы, нам не удалось найти освещение такого важного вопроса, как выбор способа самоубийства и его корреляция в связи с психической патологией.

В 1987-2009 г., на базе клинических психиатрических больниц и поликлиник, мы наблюдали 205 случаев суицидальных попыток (125 – в Израиле, 80 – в СССР). Из них 12 (5,8%) закончились летальным исходом, 15 (7,3%) привели к тяжелым увечьям с полной или частичной инвалидизацией.

Суициденты распределились по половому признаку следующим образом: 78 мужчин (38%) и 127 женщин (62%), причем летальные исходы у мужчин составили 11,5, у женщин – 2,6%. Способы самоубийства: прием медикаментов без врачебных рекомендаций и в завышенных дозах (таблетки) – 83 (40,5%); суицидальный «шантаж» (нанесение поверхностных кожных порезов на предплечье) – 55 (27%); химические непищевые токсические вещества – 17 (8,2%); вскрытие вен (классический способ – запястье и локтевой сгиб) – 11 (5,3%); падение с высоты – 9 (4,4%); самоповешение – 9 (4,4%); подбрасывание под поезд – 5 (2,4%); вскрытие шеи – 5 (2,4%); подбрасывание под автомашину – 3 (1,3%); огнестрельное – 2 (0,9%); вскрытие брюшной полости – 2 (0,9%).

Остальные способы носили единичный характер. Соответствие выбора способа самоубийства психопатологической симптоматике было следующее: эмоционально-неустойчивое расстройство личности – 63 человека (31%), доминирующим был несанкционированный прием лекарств (54 случая, 85,7% от числа пациентов); антисоциальное расстройство личности – 46 (22,4%), доминирующим был суицидальный «шантаж» (38 случаев, 82,6% от числа пациентов); шизофрения – 43 (21%), доминирующими были жестокие и бizarные случаи – 31 (72%); депрессия – 25 (12,2%) доминирующими были вскрытие вен 8 – (32%) и самоповешение 5 (20%); злоупотребление психоактивными веществами – 17(8,1%), доминирующим был несанкционированный прием лекарств и суицидальный «шантаж» – 13 (76,4%); шизоаффективный психоз – 8 (3,9%), деменция Альцгеймера – 2 (0,9%); эпилепсия – 1 (0,5%), в этих случаях четкой корреляции не наблюдалось.

Нами также отмечено 37 бizarных и жестоких случаев самоубийства. К первому мы отнесли 8 случаев, среди них (самоожжение, введение воздуха шприцом, самоутопление в раковине, выбрасывание с высоты на петле, введение карандаша в

грудную клетку, радикальная двусторонняя мастэктомия, падение на машине в пропасть, конструирование собственного пистолета с последующим самоубийством.

Некоторые способы самоубийства поражают своей бizarностью и жестокостью, более того, нередко можно провести аналогию с казнью: пациент под влиянием психопатологических синдромов, сопровождающихся глубоким чувством вины «выносит себе смертельный приговор» – вариант так называемых гражданских казней: повешение и удушение (самоповешение), обезглавливание (перезание шеи), вскрытие живота – (сэппуку или харакири). Все бizarные и жестокие способы суицида были использованы людьми с тяжелой психической патологией, и, на наш взгляд, выбор такого способа сведения счетов с жизнью косвенно свидетельствовало о наличии серьезных психиатрических заболеваний.

Наиболее частым способом самоповреждения, без летального исхода, было нанесение поверхностных кожных надрезов, исходя из особенностей анатомического строения (обильная сеть поверхностных кожных вен). Такая резаная рана имитирует обильную кровопотерю с угрозой для жизни. В уголовном сленге имеются даже специфические выражения, характеризующие этот способ: «вскрыться на больничку», «вскрыться на солнышко».

Среди таблеток, принимаемых с целью «самоубийства», чаще фигурируют анальгетики и бензодиазепины (как наиболее распространенные и доступные). Как правило, дозы нелетальны, завышены, но не требуют введения антидотов.

Имеются еще так называемые «квзисамоубийства», когда у суицидента нет истинных намерений уйти из жизни, напротив, суицидальная попытка рассматривается как инструмент давления в целях получения различных моральных, материальных или социальных льгот, ослабления больничного или тюремного режима, освобождения от неприятных обязанностей, наказания окружающих и т.д.

## СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЛИЦ ПОДРОСТКОВО-МОЛОДЕЖНОЙ КОГОРТЫ В Г. МИНСКЕ

А.П. Гелда, Т.С. Гелда, С.А. Игумнов,  
С.В. Давидовский, Т.Ф. Мигаль,  
Республиканский научно-практический центр  
психического здоровья, Минск, Республика Беларусь

Объектом исследования являлись лица в возрасте 15-24 лет, жители г. Минска, совершившие суицидальные попытки и самоубийства.

Цель работы: ретроспективный суицидологический анализ социально-демографических характеристик и проспективное комплексное исследование суицидологической истории в когорте 15-24-летних жителей г. Минска.

В процессе работы проводились социально-демографические, биографические, экспериментально-психологические, клинико-психопатологические и суицидологические исследования и изучались предикторные факторы формирования высокого риска суицидального поведения в когорте 15-24-летнего населения г. Минска (единственный мегаполис Беларуси с населением ок. 1760 тыс. жителей). В исследование для проведения ретроспективного суицидологического анализа включены 1051 парасуицидент и 99 суицидентов, для проведения проспективного суицидологического исследования – 114 парасуицидентов.

В результате исследования выявлено (уровень достоверности  $p < 0,05-0,001$ ), что относительными факторами риска совершения суицидальных действий в когорте 15-24-летних жителей г. Минска являются: гендерные различия (1,3-кратный риск совершения женщинами суицидальных попыток и 4,8-кратный совершения мужчинами самоубийств); возраст 21-24 года (43-63% суицидальных актов); алкогольное опьянение (модератор 60% суицидальных актов у мужчин, 37% суицидальных попыток и 53% самоубийств у женщин); уровень образования (1,7-кратный риск для женщин с неполным и 1,2-кратный для мужчин с полным средним образованием). Существенную роль в суицидогенезе играли также социальный статус (1,4-кратный риск для женщин, учащихся средних и высших учебных заведений, 1,5-кратный для



работающих и 1,6-кратный для безработных мужчин) и семейное положение (для женщин в возрасте до 18 лет – 2,6-кратный риск; для разведенных и вдовых – 3,4-кратный, для сожительствующих без оформления брака – 1,8-кратный и для холостых мужчин брачного возраста – 1,8-кратный).

Проанализированные материалы исследования являются базой для разработки программы антисуицидальных мероприятий в молодежной среде современных мегаполисов.

## СИМВОЛДРАМА В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С АФФЕКТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

О.Л. Динкель, Л.Ф. Литвинцева, Н.И. Любичева

Психиатрическая больница, г. Прокопьевск,

Психиатрическая больница, г. Киселевск,

Новокузнецкий институт усовершенствования врачей

В связи с соматизацией проявлений психологических нарушений в этой возрастной категории актуальность помощи детям и подросткам при аффективных нарушениях не вызывает сомнений

Цель работы: изучение эффективности применения кататимно-имагинативной терапии, или символдрамы (Лейнер Х.К., 1998; Обухов Я.Л., 2001), в лечении детей с аффективными нарушениями в виде депрессивных и тревожных реакций. Для этого мы сравнили две группы детей и подростков в возрасте от 5 до 17 лет. В основной группе (10 человек) проводилась символдрама бесконфликтными мотивами, в контрольной группе (8 человек) применялись другие методы психотерапии. Сравнивались клиника, динамика социальной жизни, используемые психологические защиты. Аффективная сфера исследовалась клинико-динамическим методом и с помощью проективного теста Люшера.

В результате исследования были определены причины аффективных нарушений у детей. По степени значимости они распределились таким образом: 1) срыв привычного стереотипа поведения вследствие смены обстановки или круга общения, развода родителей, переживания утраты и т.д. (в 47,1%); 2) некор-

ректные воспитательные приемы родителей или учителей: ситуации недоверия, чрезмерно строгого отношения к ребенку, отсутствие единого подхода к ребенку и т.д. (31,2%); 3) неправильное построение режима дня ребенка (18,4%); 4) отсутствие необходимых условий для организации свободного времени (3,3%).

В обеих группах психотерапия сочеталась с транквилизаторами, антидепрессантами. С родителями всех детей проводилась рационально-рассудочная терапия с целью ориентировки родителей и прародителей в вопросах воспитания, корректировки воспитательных подходов. Дети до 8 лет психотерапию проходили в присутствии родителей.

Символдрамой, или «сновидениями наяву», называют психоаналитически ориентированную кататимно-имагинативную психотерапию, в которой используется особый метод работы с воображением для того, чтобы сделать наглядным бессознательное человека, его фантазии, конфликты, желания, механизмы защиты. Проводились мотивы ресурсной группы в соответствии с возрастом ребенка: «луг», «цветок», «подъем в гору», «следование вдоль ручья», «купание в воде», «обследование дома», «надел земли», «моя машина через 10 лет». Курс терапии состоял из 8 приемов. В результате психотерапии методом символдрамы у всех детей в основной группе достоверно быстрее, чем в контрольной группе, уменьшилась интенсивность депрессивной и тревожной реакций на психотравмирующую ситуацию, дети начали эффективнее общаться со сверстниками и взрослыми в детских садах, в школе. Улучшились концентрация внимания, усидчивость при приготовлении домашних заданий, улучшились результаты учебы, повысилась самооценка, уменьшились число простудных заболеваний и количество пропусков школьных занятий, улучшились взаимоотношения в семье.

Таким образом, мы считаем целесообразным включение психотерапии в лечение детей и подростков с аффективными нарушениями. Применение в амбулаторных условиях метода символдрамы при данных нарушениях позволяет достичь поставленных целей в более короткие сроки, тем самым делает символдраму методом выбора.

# ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЙ АСПЕКТ САМОУБИЙСТВ СРЕДИ СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Э.В. Козлова

Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары

В структуре причин смерти жителей Чувашской Республики (ЧР) смерть от несчастных случаев, отравлений и травм, куда входят и самоубийства (СУ) (14,9%), занимает второе место после смертей от болезней системы кровообращения (48,9%). Исследование СУ среди сельского населения ЧР позволяет выявить этнические и культуральные факторы данной проблемы. Особенностью ЧР является то, что это единственный национальный регион Российской Федерации (РФ) с преобладанием коренного населения – чувашей, относящихся к тюркской этнической группе, но являющихся православными.

Нами был проведен анализ показателей СУ жителей сельских районов ЧР обоих полов в зависимости от национального состава. Анализ проведен по 4 наиболее многочисленным национальностям, проживающим в ЧР: чуваша, русские, татары, мордва (по данным Переписи 2002 г.), по среднему показателю (СП) СУ на 100 тыс. нас. за последние 13 лет. Так, лиц чувашской национальности было 67,7, русских – 26,5, татар – 2,7, лиц мордовской национальности – 1,2% (в незначительном количестве присутствовали украинцы, марийцы и другие национальности).

Все сельские районы республики (21), где в основном проживает коренное население, были разделены на 3 количественно равные группы: с высокими показателями СУ – СП составил 85,3, со средними – 65,0, с низкими – 48,1.

Анализ показал, что в районах с высокими показателями СУ национальный состав распределился следующим образом: чувашское население – в среднем 95,4%, русских – 3,8, татар – 0,2. Процент лиц мордовской национальности в данной группе составил всего 0,04. В данную группу вошли центральные районы республики.

В группе со средними показателями СУ оказались районы, имеющие в структуре национального состава населения более высокий процент русского, татарского и мордовского населения

и более низкий – чувашского. Так, чувашей в данных районах проживало в среднем 83,2%, русских – 14,1, татар – 1,5, лиц мордовской национальности – 0,6%. В основном это районы, граничащие с Республикой Татарстан, где велико влияние татарской культуры.

В группу районов с низкими показателями СУ вошли районы, где лица чувашской национальности составили в среднем 63,7%, русские – 21,6, татары – 8,6, лиц мордовской национальности – 5,7%. В данную группу вошли районы с преобладающим русским населением, высоким процентом проживающих в них лиц татарской и мордовской национальностей, а также районы, граничащие с Республикой Татарстан, Ульяновской областью и Республикой Мордовия.

Таким образом, чем больше в процентном отношении в районах проживает лиц чувашской национальности и меньше лиц русской, татарской и мордовской национальностей, чем меньшее влияние на чувашскую культуру оказывают культуры соседних регионов, тем выше показатель СУ в данных районах и наоборот, т.е. имеется прямая зависимость показателей СУ от национального состава населения района и, соответственно, культуральных особенностей местного населения и населения соседних регионов.

## ПЕСОЧНАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД КОРРЕКЦИИ ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

И.Е. Петрова

Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары

Родители и воспитатели в детских садах все чаще обращаются за консультацией к специалистам в связи с тем, что у детей наблюдаются высокая тревожность, эмоциональная неустойчивость, немотивированные страхи, заниженная самооценка.

Многие авторы отмечают, что наиболее эффективным методом снижения тревожности является песочная терапия (ПТ). Взаимодействие ребенка с песком позволяет уменьшить внутреннюю тревогу, преодолеть негативизм, снять эмоциональное напряжение, устранить страхи, развить сенсомоторные навыки, тем

самым подготовить почву для конструктивного взаимодействия. Игра на песке может служить тревожному ребенку жизненно важной поддержкой, а также средством выражения себя на доступном уровне. Поэтому техника ПТ взята за основу написания коррекционно-развивающей программы.

Цель исследования: оценка эффективности песочной терапии в снижении тревожности детей дошкольного возраста. Всего было обследовано 45 детей в возрасте 5-7 лет, посещающих группы развития при ЦПМСС «Развитие», а также дети, родители которых обратились за психологической помощью и консультацией в ЦПМСС «Развитие». Для диагностики нами были отобраны методики, позволяющие определить уровень тревожности. Для оценки эффективности коррекционно-развивающей программы по ПТ использовались: методика «Кактус», «Рисунок человека», «Выбери нужное лицо» (проективный тест Р. Тэмбла, В. Амена, М. Дорки), «Анкета на определение тревожности» (Лаврентьева Г.П., Титаренко Т.М.).

По результатам клинико-психологического обследования практические занятия были предложены 14 детям, у которых по всем методикам наблюдалась высокая тревожность. Из них 5 чел. (35,7%) были с запинками в речи (F 98), 2 (14,2%) с тиками (F 95) и 7 (50%) с трудностями в поведении и страхах.

С учетом результатов диагностики нами была разработана программа «Волшебный песок», направленная на снижение тревожности у детей, рассчитанная на 10 занятий. В начале занятий с родителями была проведена беседа о причинах появления тревожности у детей, им были предложены статьи «Взаимодействие с тревожными детьми», «Повышение самооценки ребёнка», «Как помочь тревожному ребёнку». Родители с пониманием отнеслись к проблеме и, поняв, насколько важна и актуальна данная проблема, дали согласие на участие их детей в коррекционно-развивающих занятиях.

Предлагаемая программа была ориентирована на индивидуальную работу с детьми старшего дошкольного возраста и рассчитана на 10 занятий. Наиболее оптимальный вариант организации занятий 1-2 раза в неделю. Длительность занятий 30-35 мин. Основные темы занятий: «Знакомство с песком», «Волшебные прикосновения с песком», «Сказка в песочнице», «Волшебная стра-

на», «Мой страх», «Строительство дома из песка», «Мы – художники», «Моя семья», «Любимое место на земле», «Ритуал прощания».

В ходе терапии при необходимости внутренняя структура программы изменялась (замена тем, приемов и методик) под актуальную проблему конкретного ребенка, некоторые занятия были проведены дважды для более углубленного коррекционного воздействия. В программе использовались элементы игротерапии, арт-терапии, сказкотерапии, телесной терапии, концентрации, релаксации и функциональная музыка.

После коррекционной работы у 71% детей уровень тревожности по всем методикам снизился от высокого до среднего и низкого. Особенно положительная динамика наблюдалась у детей с запинками в речи, трудностями в поведении и страхами. Родители отметили, что их дети стали более уверенными и самостоятельными. В клинике наблюдались снижение запинок в речи и отсутствие агрессивных тенденций. У 29% детей стойкой динамики снижения уровня тревожности не произошло, но наметилась тенденция к снижению. Низкие результаты отмечены у тех детей, родители которых не были заинтересованы в процессе терапии, пропускали занятия, не выполняли рекомендации специалиста, а также у детей с симптоматикой тиков.

Таким образом, занятия с использованием ПТ снижают уровень тревожности. Данная работа способствовала развитию познания своего «Я» у ребенка, улучшению его взаимодействия с другими детьми, обыгрыванию сложных ситуаций, открытию собственных ресурсов для преодоления трудных ситуаций.

## ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Т.В. Раева, Н.П. Ишутина, Н.В. Юдина  
Тюменская государственная медицинская академия

Целью настоящего исследования были выявление и анализ эмоционально-когнитивных предпосылок формирования артериальной гипертензии (АГ), а также сопровождающих ее психи-

ческих расстройств (ПР) и разработка эффективных методов их когнитивной психотерапии.

Обследовано 210 чел. (45,7% мужчин и 54,3% женщин), находившихся на стационарном лечении в Тюменском кардиологическом центре с I-II стадиями АГ. Средний возраст больных  $42,7 \pm 1,2$  года. Использовались клинико-психопато-логический и экспериментально-психологические (шкала стрессов, HAND-тест, методики Басса Дарки, Спилбергера Ханина, Фолкмана и Лазаруса, Хайма) методы. Специфические процессы переработки информации выявлялись с помощью MUST-теста.

В результате у 76% обследованных определены ПР преимущественно невротического уровня, установлена значительная роль психосоциальных факторов в развитии АГ и ПР, среди которых ведущими стрессорами являлись медицинские (52,6%), семейно-бытовые (49,5%) и производственные (37,6%). Множественные психотравмирующие ситуации обнаружены у 35,0%. По шкале стрессов 300 и более баллов определялись у 48,1% пациентов. Уровень стрессовых переживаний был достоверно выше у больных со II стадией АГ ( $p < 0,01$ ), что способствовало учащению гипертонических кризов (53,8%).

По данным методики Басса Дарки, преобладающей формой агрессивного поведения у больных АГ являлось чувство вины, далее указывались вербальная агрессия и раздражение. По результатам Hand-теста у обследованных обнаружено затруднение в выражении агрессивных проявлений. При исследовании копинг-стратегий методиками Фолкмана, Лазаруса и Хайма установлено, что при I ст. АГ преобладали «подавление эмоций» и стратегия «отвлечения от своих переживаний», при II ст. появлялись стратегии «сотрудничества» и «активного избегания». При прогрессировании АГ происходило сужение спектра выбора продуктивных копинг-стратегий ( $p < 0,001$ ). Общий защитно-совладающий стиль – подавляюще-избегающий с ориентацией на социальную желательность.

Нами подробно изучались особенности иррациональных установок, способствующих формированию ПР у больных АГ. В результате выявлено, что у больных АГ мышление являлось в большей степени «долженствующим», чем в группе контроля, особенно в таких сферах, как требования к себе, достижение це-

лей и взаимоотношения с окружающими. Больные часто руководствовались «катастрофическими установками», для них был характерен особый когнитивный стиль – перфекционизм (56%), а также склонность к пролонгированию стресса. Основные иррациональные установки больных АГ – «Я должен соответствовать требованиям, которые предъявляю к себе»; «Я должен контролировать свои отрицательные эмоции». Такие долженствования не соответствовали реальности и лежали в основе сильных отрицательных чувств. Учитывая существующую у больных установку на сдерживание эмоций, негативные чувства не получали соответствующего выражения, оставались «неотреагированными» и проявлялись в виде сердечно-сосудистых нарушений, усиливая негативные психосоматические взаимовлияния.

Образовательная программа Школы здоровья пациентов АГ, основанная на когнитивных моделях совладания со стрессом, раскрытия социальных, эмоциональных и когнитивных предпосылок возникновения и развития болезни, позволяла проводить профилактику ПР и прогрессирования основного заболевания. Полученные данные могут способствовать более эффективной и дифференцированной психотерапии и профилактике АГ с широким использованием когнитивных методов воздействия.

## КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЛИЦ, ОБРАЩАЮЩИХСЯ К ПСИХОТЕРАПЕВТУ ПО ПОВОДУ ЛЮБОВНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

М.П. Сергеев

Чувашский государственный университет, Чебоксары

Аддиктивное поведение – одна из форм деструктивного поведения, причиняющая вред человеку и обществу. Оно выражается в стремлении к уходу от реальности через изменение своего психического состояния, что достигается различными способами, фармакологическими и нефармакологическими (сосредоточение на определённых предметах и активностях, что сопровождается развитием субъективно приятных эмоциональных состояний) (Короленко Ц.П., 1991).



Зависимое поведение (зависимость), с точки зрения В.Менделевича, разновидность девиантного поведения, характеризующегося непреодолимой подчинённостью собственных интересов интересам другой личности, чрезмерной и длительной фиксацией внимания на определённых видах деятельности или предметах (фетишах), становящихся сверхценными, снижением или нарушением способности контролировать вовлечённость в данный вид деятельности, а также невозможностью быть самостоятельным и свободным в выборе поведения.

Перечислим признаки, по которым дифференцируется обычное увлечение от аддиктивной его формы: 1. Гедонистическая жизненная установка с ориентацией на получение удовольствия любыми средствами. 2. Наличие иллюзии контроля своей деятельности. 3. Возможность перехода к разным формам аддикции и аддиктивным объектам (Васильева Н.В., Горьковая И.А., 1997).

Как одна из форм патологической зависимости в Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) выделяется сексуальное аддиктивное поведение F 52.7.

Данное исследование актуально в связи с тем, что сексуальное аддиктивное поведение, как любая другая форма зависимого поведения, значительно влияет на качество его жизни, что является поводом для обращения к психотерапевту.

На основании клинико-психологического исследования 35 лиц с проблемой зависимого поведения, обратившихся к психотерапевту за 3 года, выделен 21 чел. (60%) – все женщины, у которых, наряду с астеническими, тревожно-депрессивными и другими проявлениями невротического уровня, наблюдалась проблема любовной (сексуальной) аддикции (ЛА).

По данным теста Руки, у лиц с ЛА наблюдался сравнительно более высокий индекс агрессивности (более двух), что свидетельствовало о склонности к открытому агрессивному поведению не только в микро-, но и в макросоциуме. При этом, чем выше был балл ЛА, тем выше был индекс агрессивности ( $r=0,50$ ;  $p<0,01$ ).

Данные тенденции объяснялись достоверным преобладанием в структуре личности обследуемых лиц с ЛА таких категорий, как агрессивность и директивность, а также низким уровнем эмоциональности.

Лица с любовной зависимостью, обладая высоким уровнем коммуникации, навыками делового общения, не стремились к теплым, искренним взаимоотношениям с окружающими, сочувствию, сопереживанию.

Их стремление как можно больше общаться с партнёром, при понимании, что существует реальное препятствие к такому общению (у партнёра уже была «гражданская» или официальная жена либо сами женщины были замужем и др.), было продиктовано желанием доминирования над «возлюбленным», установления определённых правил в социальных контактах.

При этом низкий уровень такой личностной категории, как социальная зависимость, указывал на дефицит чувства социальной ответственности.

Присутствие в личностной структуре пациентов с ЛА таких категорий, как «галлюцинации» и «отсутствие ассоциаций на карту» в тесте Руки, информировало о тенденции к уходу от реальности в мир воображаемый, иллюзорный, с «надумыванием» чувств, отношения возлюбленного, интерпретацией его поведения по механизму психологической защиты «проекция».

Всё указанное наблюдалось в тенденциях контролировать каждый шаг своего партнёра, проникать в его мысли, телефоны, записные книжки и т.д. Лица с ЛА буквально «душили» партнера своей безграничной заботой, «любовью», с течением времени всё чаще и чаще повторяя о том, как они живут его жизнью, пренебрегают «ради него» своими профессиональными, семейными и другими обязанностями.

Вполне естественно, что такая любовь сочеталась с нереализованной сексуальной страстью и переживаниями ревности.

Лица с ЛА стремились к улучшению своего материально-бытового положения, т.к. были неудовлетворены отношениями в семье, своей работой, профессией, а также уровнем своего здоровья и образом жизни. У них прослеживалась общая тенденция быть материально независимой, свободной, сделать карьеру, накопить денег, чтобы иметь возможность приобрести свою квартиру, разорвать длительно довлеющие отношения с нелюбимым или бывшим мужем, с которым приходилось жить вместе, а в последующем и со своим возлюбленным, так как «свободной» женщине нужен «свободный» мужчина.

В процессе психотерапии лиц с ЛА мы выделили ряд этапов: первый – невротический, когда пациенты неуверенны в себе, испытывают тревогу, плохо спят ночью, мучаются сомнениями и страхами по поводу своего поведения, а в последующем своего здоровья; второй – переходный – исчезновения невротических нарушений; третий – заострение преморбидных личностных черт (на данном этапе усиливается перенос на психотерапевта, появляется уверенность и самоуверенность, «женские чары» пробуются на ком-то ещё, появляется «новая» мечта, при этом «старые отношения» сохраняются; реже происходит разрыв, это в тех случаях, когда не исчерпаны возможности улучшения семейных отношений с мужем).

В структуре личности лиц с ЛА преобладали смешанные черты, но в развитии зависимого поведения ведущую роль играли, как нам кажется, нарциссические. Это как нельзя больше отражено в притче.

Когда Нарцисс умер, все цветы опечалились и попросили у реки немного воды, чтобы его оплакать. «Ах! – отвечала река. Мне самой мало всех моих вод, чтобы его оплакать. Я его очень любила!» «Ещё бы, – сказали цветы, – ведь он был так красив и прекрасен». «Разве он был красив? – спросила река. «Кто же лучше тебя это знает? Ведь ежедневно он склонялся над тобой и стоял часами». Река отвечала: «Я любила его за то, что, когда он склонялся надо мной, я видела в его глазах отражение моих вод».

## НОВАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ

(на опыте работы с участниками современных  
военных конфликтов)

И.В. Шадрина, К.Н. Дедова

Челябинская государственная медицинская академия

Вопросы профилактики, лечения и реабилитации соматической патологии комбатантов отработаны и решаются в достаточно полном объеме. Проблемы же их психического благополучия по-прежнему остаются практически нерешенными.

В 2009 г. на базе Челябинского областного терапевтического госпиталя ветеранов войн был создан Центр лечения и реабилитации ПТСР у участников современных военных конфликтов.

В группу наблюдения было включено 65 участников современных военных конфликтов, или 54,2% от всех обследованных. Длительность наблюдения – 6 мес. Все обследованные принимали участие в Афганской войне и Чеченском военном конфликте (1994-1996 и 1999-2000 гг.). Из них 41% (n=27) был выставлен диагноз «хроническое ПТСР», 60% (n=16) проходили срочную службу, 40% (n=11) были членами кадрового состава Вооруженных сил РФ.

По скрининговому опроснику легкая степень хронического ПТСР определена у 33% (n=9); средняя – у 50 (n=13), тяжелая – у 17% (n=5). У обследованных выявлена зависимость между представленностью осевых симптомов ПТСР и степенью его тяжести. Облигатная симптоматика данного расстройства включает 3 основные группы симптомов: 1) интрузии, или «погружения»; 2) избегания; 3) гипервозбудимости. У участников с легкой степенью ПТСР преобладали симптомы «погружения» и избегания; при средней степени тяжести ПТСР, наряду с сохраняющейся симптоматикой интрузии, в клинической картине нарастали удельный вес и выраженность симптомов избегания, появились симптомы гипервозбудимости; при тяжелой степени ПТСР преобладали симптомы гипервозбудимости. Изучалась коморбидность ПТСР с другими психическими и соматическими расстройствами. Среди коморбидных психических расстройств первое место занимал посткоммоционный синдром (26%, n=7), второе – органическое аффективное расстройство (19%; n=5), третье – хронический алкоголизм (7%; n= 2).

Согласно литературным данным, антидепрессанты группы СИОЗС наиболее широко назначаются пациентам с ПТСР, однако они малоэффективны в отношении выбранной мишени (гипервозбудимость, импульсивность и органический психосиндром). Нейролептики, даже «мягкие», оказались неприемлемы в силу развивающихся на фоне органического повреждения ЦНС нейролептических осложнений.

В Центре проводится комплексная терапия: медикаментозное лечение сочетается с психотерапией (сеансы индивидуаль-

ной и групповой психотерапии с релаксацией и использованием средств технической поддержки – аудиовидеоконплекс). Необходимо отметить неэффективность психотерапевтических мероприятий до начала медикаментозного лечения. Поэтому психотерапия проводится либо одновременно с началом медикаментозного лечения, либо (и это наиболее предпочтительно) спустя 7 дней после начала медикаментозной коррекции. Наш опыт показал, что препараты группы нормотимиков, в первую очередь карбамазепин, полностью купировали симптомы гипервозбудимости и импульсивности.

В результате были отработаны схемы терапии: ноотроп в сочетании с карбамазепином (для легкой степени ПТСР) и ноотроп в сочетании с транквилизатором и карбамазепином (для средней и тяжелой степени ПТСР).

Наше наблюдение показало, что только комплексное лечение с применением группы указанных препаратов позволяет достичь оптимального лечебного эффекта с дальнейшим улучшением адаптации участников современных военных конфликтов, страдающих ПТСР.

## **СТУДЕНЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ**

### **ОСОБЕННОСТИ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ СТУДЕНТАМИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА**

А.П. Андреева

Республиканский наркологический диспансер, Чебоксары

Алкоголизация является весьма актуальной проблемой в студенческой медицинской среде. В профессиональной жизни у стоматологов начинают проявляться биосоциальные факторы, повышается социоэкономический статус, что приводит к росту распространённости злоупотребления алкоголем.

**Материалы и методы.** Обследовано 362 студента (124 юноши и 238 девушек) I-V курсов стоматологического факультета Чувашского государственного университета в возрасте от 17 до 26 лет (средний – 20,4±1,4 года). На младших (I-III) курсах обучались 197 чел. (55 юношей, 142 девушки), на старших (IV-V) – 165 (69 и 96).

**Результаты и обсуждение.** В соответствии критериями Э.Е. Бехтеля 34,5% студентов употребляли алкоголь редко (несколько раз в месяц по 50-150 мл спиртного в пересчёте на водку); 14,6 – умеренно (1-4 раза в месяц по 100-300 мл); 3,7 – систематически (1-2 раза в неделю 200-500 мл); 0,3 – привычно (2-3 раза в неделю 500 мл и более); 46,9% опрошенных были абстинентами (не употребляли спиртное совсем или употребляли до 100 мл вина 2-3 раза в год).

До 14 лет впервые попробовали алкоголь 12,7% опрошенных, 14-16 лет – 47,2, после 16 лет – 40,1% (средний возраст первой пробы –  $15,0 \pm 2,6$ , у юношей –  $14,4 \pm 2,7$ , у девушек –  $15,2 \pm 2,5$  года;  $p < 0,01$ ).

Первая проба алкоголя произошла в компании друзей у 50,3% опрошенных, в присутствии родителей – у 31,8, родственников – у 1,9%. Студенты младших курсов впервые попробовали алкоголь в компании друзей в 37,6% случаев, в присутствии родителей – в 34, студенты старших курсов – соответственно в 65,5 и 29,1% случаев.

Самым популярным алкогольным напитком среди студентов было вино, которому отдавали предпочтение 50,5% респондентов. Значительно реже предпочитали пиво – 32,7% опрошенных; крепкие спиртные напитки – 16,8%. Студенты младших курсов потребляли вино в 32% случаев, старших – в 40; пиво – в 12,2 и 23,6% соответственно. Крепкие алкогольные напитки выбирали 11,5% студентов старших курсов, 2,5% – младших.

Юноши намного чаще потребляли пиво ( $p < 0,001$ ), водку ( $p < 0,001$ ). Девушки, между тем, не отличались от юношей средней максимальной дозой потребления крепких алкогольных напитков ( $p > 0,05$ ), но достоверно уступали им в дозе вина ( $221,6 \pm 177$  против  $386,8 \pm 386$  мл у юношей;  $p < 0,001$ ) и пива ( $414,6 \pm 230$  против  $1397,1 \pm 1618$  мл;  $p < 0,01$ ). Младшие и старшие курсы не различались по предпочтениям в выборе алкогольных напитков ( $p > 0,05$ ). Однако на младших курсах выпивали в среднем намного больше пива ( $1650 \pm 1772,7$ ), чем на старших ( $454,7 \pm 261,9$  мл;  $p < 0,001$ ).

51% студентов старших курсов и 28,9% младших потребляли алкоголь в опьяняющих дозах. Особенно выделились студенты IV курса – 35,6%.

Таким образом, среди юношей выявилось существенно больше пьющих систематически и привычно, среди девушек – редко пьющих. На младших курсах отчетливо преобладали случайно пьющие на 15% и абстиненты в 1,7 раза. Многие систематически и привычно пьющие студенты являются как минимум группой риска по развитию алкогольной зависимости, а часть на момент опроса определённо имела уже сформированные признаки наркологической патологии. Поставлен вопрос об активной профилактике алкогольной зависимости на протяжении всех лет учёбы в медицинском вузе и родительской семье студентов-стоматологов.

## СТРУКТУРА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ г. КАЗАНИ

М.О. Басов

Институт усовершенствования врачей, Чебоксары

Психолого-педагогические и социально-культуральные факторы наиболее мощно воздействуют на психическое состояние студентов в высшем учебном заведении, развитие их творческих способностей, формирование личности в процессе профессионального образования, поэтому проблема психического здоровья студентов весьма актуальна.

**Цель исследования:** изучить структуру распространенности и первичной заболеваемости невротическими расстройствами (НР) среди студентов различных учебных заведений г. Казани.

**Материал и методы.** Для сбора и накопления первичной информации нами была разработана «Карта изучения заболеваемости невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами по данным обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения г. Казани». Проведена выкопировка данных о каждом обращении по поводу НР (рубрика F4 по МКБ-10) к психотерапевту Казанской городской психоневрологической больницы им. акад. В.М. Бехтерева (КГПНБ) из «Медицинских карт амбулаторного больного» ф.025/у с 1992 по 2001 г. Анализировался удельный вес (в % к итогу).

**Результаты.** Экспертной оценке подверглись 8735 карт, из них отобрано для исследования 4506. Из 4506 обратившихся за психотерапевтической помощью в КГПНБ студентов юношей было 34,5, девушек – 65,5%. Распространенность НР среди них –  $5,69 \pm 0,38$ , первичная заболеваемость –  $5,946 \pm 0,40\%$ . При этом F40 фобические и тревожные расстройства составили  $13,81 \pm 2,38\%$ , F41 (другие тревожные расстройства) –  $6,66 \pm 1,72$ , F42 (обсессивно-компульсивные расстройства) –  $1,42 \pm 0,81$ , F43 (реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации) –  $32,85 \pm 3,24$ , F44 (диссоциативные (конверсионные) расстройства) –  $4,76 \pm 1,47$ , F45 (соматоформные расстройства) –  $9,04 \pm 1,98$ , F48 (другие НР) –  $31,42 \pm 3,20\%$ .

Первичная заболеваемость НР распределилась следующим образом: F40 –  $13,56 \pm 2,42\%$ , F41 –  $6,03 \pm 1,68$ , F42 –  $0,50 \pm 0,50$ , F43 –  $34,17 \pm 3,36$ , F44 –  $4,52 \pm 1,47$ , F45 –  $9,54 \pm 2,08$ , F48 –  $31,65 \pm 3,297\%$ . Анализ показал, что наиболее высокие показатели установлены в рубриках F43 и F48 ( $p < 0,001$ ), но существенно низкие – в рубрике F44 ( $p < 0,001$ ).

Результаты исследования также показали, что в структуре распространенности НР у юношей существенно высокие показатели отмечены в рубрике F43 и F48, наименьший – в рубрике F41 ( $p < 0,01$ ,  $p < 0,001$ ). Показатели рубрики F40 составили  $8,21 \pm 3,21\%$ , F41 –  $6,84 \pm 2,95$ , F42 –  $4,11 \pm 2,32$ , F43 –  $26,02 \pm 5,13$ , F44 –  $1,37 \pm 1,36$ , F45 –  $13,69 \pm 4,02$ , F48 –  $39,72 \pm 5,72\%$ ; первичной заболеваемости НР: F40 –  $7,35 \pm 3,16\%$ , F41 –  $5,88 \pm 2,85$ , F42 –  $1,47 \pm 1,43$ , F43 –  $27,94 \pm 5,44$ , F44 –  $1,47 \pm 1,43$ , F45 –  $14,706 \pm 4,29$ , F48 –  $41,17 \pm 5,96\%$ . Наиболее высокие показатели первичной заболеваемости НР обнаружены в рубриках F43 и F48 ( $p < 0,001$ ), наиболее низкие – в рубрике F41 ( $p < 0,05$ ).

Среди студенток наиболее высокие показатели распространенности НР выявлены в рубрике F43 и F48, наиболее низкие – в рубриках F41, F44, F45 ( $p < 0,001$ ). Показатели распространенности НР составили в рубриках F40 –  $16,78 \pm 3,19\%$ , F41 –  $6,56 \pm 2,11$ , F42 –  $0,0 \pm 0$ , F43 –  $36,49 \pm 4,11$ , F44 –  $6,56 \pm 2,11$ , F45 –  $6,56 \pm 2,11$ , F48 –  $27,00 \pm 3,79\%$ . Достоверного различия в показателях первичной заболеваемости НР среди студенток в рубриках F43 и F48 не обнаружено ( $p > 0,05$ ), причем показатели первичной заболеваемости НР в рубрике F43 и F48 существенно высо-



кие ( $p < 0,05$ ). Распределение показателей первичной заболеваемости НР по обращаемости у студенток с учетом нозологии показало следующее: в рубриках F40 –  $16,79 \pm 3,26\%$ , F41 –  $6,10 \pm 2,09$ , F42 –  $0,0 \pm 0$ , F43 –  $37,40 \pm 4,22$ , F44 –  $6,10 \pm 2,09$ , F45 –  $6,87 \pm 2,20$ , F48 –  $26,71 \pm 3,86\%$ .

Таким образом, при проведении лечебно-профилактических мероприятий необходимо учитывать структуру распространенности и первичной заболеваемости НР.

## ЛИЧНОСТНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Л.П. Великанова

Астраханская государственная медицинская академия

Вегето-сосудистая дистония (ВСД) – часто встречающийся диагноз в общемедицинской практике, распространенная психосоматическая патология в подростковом и юношеском возрасте. Это состояние определяется нарушением вегетативной регуляции сердца, сосудов, внутренних органов, желез внутренней секреции, связано со структурными и функциональными нарушениями центральной и периферической нервной системы (Белоконь Н.А., Кубергер М.Б., 1987). Установлена возможность перехода ВСД в такие психосоматические заболевания, как ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь и др. (Панков Д.Д. и др., 2005; Горяйнов А.А., 2007). По мнению В.Д. Тополянского, М.В. Струковской (1986), ВСД – соматическое отражение аффективных расстройств и астенодепрессивных состояний.

**Целью** настоящего исследования явилось выявление психологических предикторов ВСД, способствующих становлению ее различных клинических вариантов с их последующим использованием для диагностики на донозологических и обратимых этапах ее развития.

**Материалы и методы.** Использовалась батарея психологических тестов, как формализованных (тест Тейлор, Спилберга, Айзенка, Бэка, Кэттелла), так и проективных (тест Люшера), ха-

рактизирующих личность и, в первую очередь, ее эмоциональную сферу, анкета для выявления пограничных нервно-психических расстройств, данные медицинской документации. Из математико-статистических методик применялся критерий достоверности Шеффе, непараметрический критерий Манна-Уитни, однофакторный дисперсионный анализ.

Проведено сплошное невыборочное психодиагностическое обследование 382 студентов II курса вуза (110 юношей и 272 девушки; средний возраст –  $19,5 \pm 1,7$  года). На основании анализа данных анкеты и медицинской документации была выделена группа ВСД в количестве 59 чел. (18 юношей и 41 девушка) с диагнозом вегето-сосудистой дистонии различных типов (гипотонического, гипертонического, кардиального, смешанного). Вторую группу (186 чел. – 58 юношей и 128 девушек) составили условно здоровые (УЗ).

**Результаты и обсуждение.** При сопоставлении психодиагностических показателей выявилось преобладание общей, реактивной, личностной тревожности, нейротизма, субдепрессии, фактора тревожности и активности (по Люшеру); фактора О (тревожность, депрессивность, чувство вины), F3 (эмоциональная чувствительность и хрупкость) по Кэттеллу в группе ВСД.

Значения вегетативного тонуса, определяемого по тесту Люшера, в группе ВСД группировались в зоне отрицательных (парасимпатических), в отличие от группы УЗ, в которой преобладали положительные (симпатические) значения. При анализе источников стресса выявилось достоверное преобладание состояний психологической беспомощности в группе ВСД, что соответствует парасимпатическому вегетативному тону.

Таким образом, выявленные различия показателей в группах свидетельствуют о наличии параллелей между клиническими проявлениями и психологическими характеристиками (преимущественно эмоциональной сферы и эмоционального реагирования). Результаты исследования позволяют на психологическом уровне выделить предрасполагающие факторы и прогнозировать возможность психовегетативного разбалансирования. Установленные зависимости могут быть использованы в целях первичной профилактики для выявления групп риска и ранних обратимых этапов развития сердечно-сосудистой патологии. Для про-

филактики необходим учет «внутренних условий личности», через которые преломляются все психогенные и экзогенно-органические факторы.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ДИНАМИКА ПСИХОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Л.П. Великанова

Астраханская государственная медицинская академия

**Цель исследования:** изучение распространенности психогенных невротических и психосоматических нарушений в младшем и старшем юношеском возрасте для определения приоритетных направлений в лечебно-профилактической деятельности. Использовались психодиагностические данные (тесты Спилбергера, Тейлора, Люшера, Кэттелла, Бека) студентов II и VI курсов в количестве 389 чел., обследованных дважды (с трехлетним интервалом), результаты клинического наблюдения, анкетирования, сведения из медицинской документации.

При сравнении показателей психодиагностического скрининга выявилось снижение большинства из них при переходе из младшего юношеского к старшему юношескому возрасту, что свидетельствует о большей выраженности эмоционального напряжения у второкурсников в связи с адаптационными процессами.

Распространенность всех форм невротической патологии возрастала к VI курсу. Увеличивалось число невротических реакций (что может свидетельствовать как об углублении процессов дизадаптации и повышении индивидуального уровня стресса, так и о сенсбилизации к стрессовым воздействиям), невротических состояний (с 8% на II курсе до 11,9% на VI). В старшем юношеском возрасте в 5,2% случаев констатированы невротические развития личности, отсутствовавшие у второкурсников.

Анализ динамики невротических расстройств показал, что к старшему юношескому возрасту часть их подвергалась обратному развитию (17,2%), часть изменяла направление психокинеза в сторону психосоматических расстройств (13,8%) и учащения эпизодов болезней (3,4%). Однако большая часть невротических

ческой патологии (65,5%) осталась в прежнем русле. Степень выраженности исходного состояния (нозологический или донозологический уровень) не оказывала влияния на дальнейшую динамику. 4,9% невротических расстройств как донозологического, так и нозологического уровня, выявленных в младшем юношеском возрасте (на II курсе), не получили дальнейшего развития.

Психосоматическая патология (психосоматические реакции и состояния) на II и VI курсах встречалась практически с одинаковой частотой. К старшему юношескому возрасту возрастала доля психосоматических состояний и истинных психосоматозов и уменьшалась доля психосоматических реакций (донозологических расстройств). Анализ их динамики показал, что к старшему юношескому возрасту 16,5% претерпели обратное развитие, 17,4% изменили направление психокинеза в сторону невротических расстройств и учащения эпизодов болезней (3,7%). Однако большая часть психосоматической патологии (62,4%) осталась в прежнем русле. Можно предположить, что как невротическое, так и психосоматическое направление развития психогенных расстройств формируется на начальных (в том числе на донозологических) стадиях ответа организма на стресс и предопределяется конституционально-биологическими качествами личности.

**Результаты.** Полученные данные отражают представления о снижении напряжения механизмов адаптации при формировании качественно нового равновесного состояния между организмом и средой посредством болезненных симптомов (Антропов Ю.Ф., 2002). Исчерпывание адаптационных резервов проявляется в ухудшении состояния здоровья – напряжение механизмов адаптации снижается за счет появления болезненных нарушений, обеспечивающих менее значительный расход психической энергии (Deutsch F., 1924), Последнее может объясняться «психосоматическим балансированием» (Краснушкин Е.К., 1942) в рамках известной психосоматической концепции реци-прокных соотношений (Sarajlic N. et al., 1989).

Как следует из представленных данных, основные усилия в психопрофилактической работе необходимо сфокусировать на предупреждении и коррекции психоэмоциональных нарушений.

## ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ОБ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ

А.В. Голенков

Чувашский государственный университет, Чебоксары,

Электросудорожная терапия (ЭСТ) – один из методов лечения психических расстройств, используемых до настоящего времени. Население мало знакомо с ним, хотя слухов, неправильных представлений и мифов в обществе циркулирует много. Медики знают существенно больше о методе, но информированность и у них в целом также недостаточная. О мнениях студентов имеется целый ряд зарубежных статей, в отечественной литературе таких публикаций практически нет.

**Цель исследования:** изучить осведомленность студентов-медиков об ЭСТ и отношение к данному методу лечения.

**Материалы и методы.** Опрошено 563 студента-медика, обучающихся на II, IV и V курсах лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов Чувашского госуниверситета до прохождения курса психиатрии. На младших курсах учился 281 студент, на старших – 282.

Использовалась оригинальная анкета, состоящая из шести вопросов (три были закрытыми и три – открытыми). Расчет необходимого размера (доверительная вероятность 95%) выборки (322 человека) производился на калькуляторе при доверительном интервале – 5% для 2000 студентов Медицинского института Чувашского госуниверситета.

**Результаты и обсуждение.** Знали или слышали что-либо об ЭСТ 326 респондентов (57,9%). Информированность учащихся младших курсов оказалась ниже, чем у старшекурсников. Так, показатели осведомленности колебались от 34,7% у студентов II курса педиатрического факультета до 90,5% у пятикурсников. Главным источником информации выступали художественные фильмы в 43,6% случаев, преимущественно американские. Упоминались названия 20 фильмов (47 повторов), чаще всего «Реквием по мечте» (16 раз) и «Полет над гнездом кукушки» (7). Пять раз ошибочно назывался фильм «Игры разума», в котором демонстрировался сеанс инсулинокоматозной терапии, а не

ЭСТ. Среди других источников следовали средства массовой информации (28,2%), книги (11,7%), знакомые и друзья (6,6%), учеба (4,6%), Интернет (4,3%); не помнили, откуда узнали о методе 1,1%. 8% назвали несколько источников информации. Приступствовали на процедуре ЭСТ во время учебы 1,5%.

Конкретные психические расстройства для назначения ЭСТ назвали всего 77 чел. (23,6%). Самыми частыми показаниями были названы: шизофрения (42,9%), возбуждение, опасность для окружающих (23,4%) и хронические (тяжелые) нарушения психики (10,4%), психозы (7,8%). Другие виды патологии назывались крайне редко, например, депрессия в 3,9% случаев.

У подавляющего большинства (90,9%) знакомство с методом (чаще всего после просмотров эпизодов художественных фильмов) вызвало резко отрицательные эмоции, а 2,5% выступили даже за запрещение ЭСТ, считая ее «пыткой, издевательством, садизмом». Значительно реже в ответах отмечались: удивление, интерес (5,5%), нейтральное отношение (1,5%), положительные эмоции, включая эйфорию, восторг (2,1%).

На эффективность терапии указали 18,7%, сомневались или не знали что ответить – 65,3% и дали отрицательный ответ – 16%. Согласились бы на проведение ЭСТ своему родственнику, страдающему психотической депрессией только 11,3%, затруднились ответить 33,1% и возражали бы 55,6%.

Большое число студентов-медиков знало о ЭСТ больше, чем население (35,2%;  $p < 0,001$ ), однако их общая цифра информированности оставляет желать лучшего, преобладают негативные оценки, сомнения в эффективности.

Тенденциозное освещение применения ЭСТ в средствах массовой информации, демонстрация ее в художественных фильмах давали основания будущим врачам для суждения о нелегальном использовании метода, которым часто злоупотребляют, наказывают агрессивных и непослушных больных. Все указанное нашло отражение в ответах студентов, привело к предубеждению к ЭСТ, отказу от ее применения даже в необходимых для больных случаях.

## УМОЗРЕНИЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ О ПРИЧИНАХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ИХ ЛЕЧЕНИИ

А.В. Голенков

Чувашский государственный университет, Чебоксары

В населении весьма распространены различные неправильные представления о психических расстройствах (ПР). Медицинские работники осведомлены лучше, но их взгляды также далеки от истины. Мнения студентов-медиков исследованы недостаточно.

**Цель исследования:** изучить априорные взгляды студентов на этиологию ПР и методы их терапии.

**Материалы и методы.** Обследовано 549 студентов: лечебного (307), педиатрического (149) и стоматологического (93) факультетов Чувашского госуниверситета. На младших курсах учились 279 чел., на старших – 270. На первой лекции (до изучения психиатрии и психологии) респондентам задавалось два вопроса: Назовите причины ПР и какие методы их лечения Вы знаете? Математико-статистическая обработка проводилась с использованием t-критерия для относительных величин (%).

**Результаты и обсуждение.** По мнению студентов, самой частой причиной ПР является стресс (65% ответов). Далее назывались: генетические факторы – 34,8%, поражение головного мозга – 26,2, употребление психоактивных веществ – 10,7, соматоневрологическая патология – 8, учеба (сдача зачетов и экзаменов) – 4,7, врожденные (патология беременности и родов) и социальные причины – по 4,6, «плохая» экология – 2,2; затруднились дать ответ 3,6% респондентов. Студенты старших курсов приводили значительно больше причин ПР, однако статистической значимости достигали поражение головного мозга (34,1 против 18,6% на младших курсах;  $p < 0,001$ ), наследственность (48,1 и 21,9%;  $p < 0,001$ ), употребление психоактивных веществ (18,5 и 3,2%;  $p < 0,001$ ), соматоневрологическая патология (11,9 и 4,3%;  $p < 0,01$ ), включая инфекции (2,2 и 0%;  $p < 0,001$ ) и интоксикации (5,2 и 0%;  $p < 0,01$ ). На младших курсах чаще назывались неправильное воспитание (1,8 и 0%;  $p < 0,05$ ) и учеба (8,6 и 0,7%;  $p < 0,001$ ).

Для лечения ПР использовалась медикаментозная терапия (64,1% ответов). Из лекарственных средств упоминались: транквилизаторы (7,5%), седативные препараты (4,7%), антидепрессанты (4,4%), нейролептики (1,6%), противосудорожные (0,5%), ноотропы и соли лития (по 0,2% ответов). Старшекурсниками достоверно чаще назывались седативные (8,9 против 0,7% на младших курсах;  $p < 0,001$ ), транквилизаторы (11,9 и 3,2%;  $p < 0,001$ ) и нейролептики (3,0 и 0,4%;  $p < 0,05$ ).

Среди других методов терапии ПР упоминались: беседа (общение) с пациентом (29,5%), психотерапия, включая гипноз, психоанализ, гештальттерапию, нейролингвистическое программирование, психосинтез, аутотренинг и др. (29,1%), электросудорожная терапия (15,7%), помощь психолога (6,5%), электролечение (3,1%), шоковая терапия (2,4%), психохирургия (1,1%), прочие методы (16,4%). В 15,5% случаев в качестве терапевтических мероприятий рекомендовались: «изоляция от общества, принудительная госпитализация, постановка на учет у психиатра в психоневрологическом диспансере, стационарирование с надзором за буйными, смирительная рубашка».

Старшекурсники чаще указывали медикаментозную терапию (78,5 против 50,2% на младших курсах;  $p < 0,001$ ), электросудорожную терапию (23,3 и 8,2%;  $p < 0,001$ ), психохирургию (2,2 и 0%;  $p < 0,05$ ). На младших курсах среди ответов преобладали: помощь психолога (11,1 и 1,9%;  $p < 0,001$ ) и беседа (36,9 и 21,9%;  $p < 0,001$ ).

Опрос показал недостаточную осведомленность респондентов о причинах и лечении ПР. Просматривается редукционизм в вопросах этиологии ПР, незнание и игнорирование многих важных аспектов начала и формирования психической патологии. Очень низка так называемая выживаемость знаний студентов по фармакологии (психофармакотерапии). У довольно большой части опрошенных имеются архаические представления о психически больных как о агрессивных, имеющих тенденцию к насилию людям, представляющих угрозу для окружающих. Именно этим объясняются ответы, включающие госпитализацию в стационар, изоляцию, надзор за буйными, принудительное лечение, применение смирительной рубашки и др. Небольшое число респондентов после перечисления методов лечения ПР



делало приписку, что все это бесполезно, так как они «не поддаются лечению». В ряде случаев в качестве лечебных мероприятий упоминалось использование наркотиков. Это отражение общественных представлений о том, что психотропные средства вызывают зависимость и очень вредны для здоровья.

## ОПИСАНИЕ ЭСТ В ОТЕЧЕСТВЕННЫХ УЧЕБНИКАХ ПО ПСИХИАТРИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

А.В. Голенков

Чувашский государственный университет, Чебоксары

Отношение к электросудорожной терапии (ЭСТ) среди врачей-психиатров до настоящего времени остается противоречивым. 58% опрошенных нами врачей считают, что ЭСТ вызывает органическое повреждение головного мозга, 51% – должна проводиться только в крайних случаях, 77% – как можно реже у пациентов старше 65 лет, 43% – опасная процедура, могущая привести к смерти; 34% даже не видели эту процедуру (Голенков А.В., 2009). Причины данного явления нуждаются в изучении.

Для уточнения влияния вузовского образования на формирования представлений об ЭСТ у врачей проведен критический анализ 15 учебников 8 авторских коллективов, изданных в нашей стране с 1949 по 2006 г. Учитывалась вся представленная в книге информация о методе.

Сразу отметим, что практически во всех учебниках материала об ЭСТ чрезвычайно мало, отношение к методу в целом скептически настроенное. Диссонансом выступает описание М.О. Гуревича (1949). Он утверждал, что не только врачи, но и население признает ЭСТ «вследствие своей эффективности», метод «приобрел популярность» и «родственники просят врачей применять» его при лечении (С. 146). Для интенсификации лечения больных шизофренией автор выступал за удлинение курса терапии до 30 шоков. При МДП ЭСТ «показано лишь в тяжелых и особенно длительных случаях, когда действительно следует купировать приступ».

Описание ЭСТ в учебнике 1958 г. (Кербиков О.В. и др.) занимает весьма скромное место. Метод считался наиболее эффективным только при инволюционной меланхолии. Сеансы ре-

комендовалось проводить два раза в неделю и ограничиться 10 процедурами. В 1968 г. (второе издание) среди показаний добавляется шизофрения, приводятся фото с тремя фазами судорожного припадка после пропуска электрического тока через голову больного. В.М. Баншиков, Т.А. Невзорова (1969) указывают на редкое использование ЭСТ, но подчеркивают необходимость его использования у больных шизофренией, резистентных к психофармакотерапии и инсулинокоматозной терапии. При этом авторы относят ЭСТ к методам патогенетической терапии эндогенных психозов вместе с другими лечебными вмешательствами. В учебнике А.А. Портнова, Д.Д. Федотова (1960) появляется резко негативно-критическая информация: «... метод сопряжен с грубым вмешательством в организм и приводит к точечным кровоизлияниям в мозговой ткани. После проведения судорожной терапии у больных обнаруживается выпадение памяти типа ретро- и антероградной амнезии, являющееся клиническим выражением органических нарушений, которые происходят в мозгу под воздействием электрошока... Варианты появившееся в последнее время, не оправдывают применение данного метода, в использовании которого теперь нет необходимости» (С. 281). Показания ограничиваются случаями шизофрении. Учебник этих авторов переиздавался еще два раза (1965, 1971), общим тиражом 100 тыс. экземпляров. Г.К. Ушаков (1973) в учебнике по детской психиатрии утверждал, что ЭСТ «не дает оснований говорить о стойком ее эффекте». Выступал категорически против ее использования у детей, подростков и юношей, в связи с повышенной судорожной готовностью детского организма. Допускал применение ЭСТ у больных с пресенильными психозами и шизофренией с медленным (ползущим) или быстрым (катастрофическим) течением.

В 1989 г. в учебниках Н.М. Жарикова и др. и А.А. Кирпиченко появляется информация о применении ЭСТ при МДП (депрессивных состояниях), резистентных ко всем видам лечения, угрентных, угрожающим жизни состояниях. В последующие годы учебники разных авторов (Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г., 2002; Коркина М.В. и др., 1995, 2002, 2006; Иванец Н.Н. и др., 2006) в целом повторяют описанную выше информацию, констатируют редкое использование ЭСТ и наличие жизненных

показаний, часто негативное к ней отношение больных и их родственников.

Предубеждение против ЭСТ у опрошенных врачей-психиатров вполне могли сформироваться из материалов последних 50 лет, однотипно представленных в отечественных учебниках. Взгляды респондентов об ЭСТ нуждаются в корректировке и расширении, что потребует большой просветительской работы с учетом богатого международного опыта, основанного на практике доказательной медицины.

## ПРЕВЕНЦИЯ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНТОВ

О.И. Салмина-Хвостова  
Новокузнецкий государственный институт  
усовершенствования врачей

Проблема пищевого поведения среди студенческой молодежи наряду с другими включает психологический аспект, причём он, как и при любых иных формах поведения человека, является зачастую ведущим, так как человек представляет собой единство организма и личности: социального и биологического.

**Цель исследования:** изучить пищевое поведение студентов, разработать и внедрить программы профилактики с учётом выявленных особенностей.

**Материал и методы.** Была сформирована выборка из студентов I-II курсов Кузбасской государственной педагогической академии (КузГПА), в которую вошли 178 человек (142 девушки и 36 юношей). Пищевое поведение изучалось с помощью датской анкеты «DEBQ» для оценки ограничительного, эмоциогенного и экстернального пищевого поведения (Van Strien T., 1986).

**Результаты** и предлагаемый метод профилактики нарушений пищевого поведения с учётом выявленных особенностей. Оценка пищевого поведения студентов позволила установить у 64,6% обследованных различные типы его нарушения. Так, 29,8% студентов имеют нарушения пищевого поведения по экстернальному, 8,4 – по эмоциогенному и 26,4% – по ограничительному типу. Основываясь на полученных данных, можно прогнозиро-

вать развитие аддиктивного поведения (пищевая аддикция), что является одной из причин развития ожирения. Для каждого возраста характерна определенная совокупность факторов, вызывающих стресс. У первокурсников стресс-реакцию вызывают причины, связанные с адаптацией к новой форме учебной деятельности: новая информация, отсутствие контроля со стороны взрослых и самостоятельность принятия решений, сдача экзаменационной сессии, высокий уровень требований преподавателей высшей школы.

Задача состоит в повышении эффективности профилактических мероприятий с целью предупреждения формирования аддикций у студентов и обучения стресспреодолевающему поведению за счет усиления эффективности информационного влияния при вербальном воздействии. Способ профилактики нарушений пищевого поведения среди студентов включает совместную работу врача-психотерапевта и психолога со студентами путем вербального воздействия, во время которого дают информацию о стрессе, рациональном питании, усиливают мотивацию на здоровый образ жизни, проводят тренинг психологической устойчивости. Тренинг психологической устойчивости сопровождается музыкальным оформлением и видеосъемкой с последующим просмотром и обсуждением. Это помогает развитию внутреннего ресурса самоконтроля, самоуважения, уверенности в своих силах, умения брать ответственность на себя, принимать решения, управлению своими чувствами. Развивается умение устанавливать контакты, понимать людей, верно оценивать ситуацию.

Таким образом, предложенный способ профилактики аддиктивного поведения студентов и формирования стрессоустойчивости является актуальным и эффективным. Способ позволяет повысить эффективность профилактических мероприятий с целью предупреждения формирования аддикций у студентов и обучения стресспреодолевающему поведению за счет усиления эффективности информационного влияния при вербальном воздействии. Формирование смысловой установки на здоровый образ жизни и социальной компетентности приводит в дальнейшем к успешности и безусловной конкурентоспособности специалиста на рынке труда, предоставляя большие возможности

для карьерного роста в трудовой деятельности, поможет выстоять в трудной ситуации.

## ПОТРЕБЛЕНИЕ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В МОЛОДЕЖНЫХ СУБКУЛЬТУРАХ

М.Ю. Ювкин, Д.Н. Дулепова, И.Е. Булыгина  
Чувашский государственный университет, Чебоксары

Целью данной работы являлось исследование уровня потребления психоактивных веществ (ПАВ) среди представителей различных субкультур, функционирующих в г. Чебоксары.

Для исследования использовалась специальная анкета, включающая в себя 13 блоков вопросов, позволяющая определить отношения респондентов к данной субкультуре, изучить их систему ценностей, а также выявить отношение к потреблению ПАВ.

Всего опрошено 46 чел. (средний возраст 18 лет). 19 юношей и 27 девушек. Из них 83,3% – студенты различных учебных заведений, 23% опрошенных воспитывались в неполной семье. В качестве места исследования были выбрана набережная залива, где наиболее часто проводят досуг представители молодежных субкультур.

При опросе установлено, что среди респондентов 22% относят себя к панкам, 11 – к эмо, 26 – к готам, 13 – к скейтерам, 22 – к рэп-культуре, 20% – к металлистам. 59% респондентов отметили, что в данной субкультуре их привлекает именно идеология, и только 2% ответили, что хотят быть как все в данной группе.

76% представителей различных субкультур характеризуют свои отношения с родителями как сложные и проблемные, причем 17% родителей, по мнению детей, считают их ненормальными и настаивают на консультации психиатра.

На вопрос: «Какой Вы хотите видеть свою будущую семью?» 88% респондентов ответили, что не хотят, чтобы их будущая семья была похожа на семью родителей.

Наиболее значимыми базовыми ценностями респонденты считают любовь (39%), общение с друзьями (35%), деньги

(28%), карьеру (22%). Наименее востребованными ценностями опрошенные считают такие понятия, как совесть (2%), честность (4%), здоровье (7%). Только 2% респондентов представляют свое будущее, остальные предпочитают жить одним днем.

Среди представителей молодежных субкультур 44% курят, 57% потребляют алкоголь, у 46% были проблемы с законом.

По отношению к потреблению наркотических веществ были получены следующие результаты: положительный ответ дали 52%, воздержалась от ответа – 13, отметили, что никогда не принимали наркотики – 35%. Среди группы потребляющих наркотики основным наркотиком являлись производные каннабиоидов. Данную группу наркотиков употребляли 90% опрошенных. Препараты из группы галлюциногенов и психостимуляторов пробовали 20, препараты кокаинового ряда – 10%. В тоже время при высоком уровне распространенности курительных смесей спайсы использовали 10% респондентов. Наименее распространенной группой наркотиков среди представителей молодежных субкультур являлись препараты опийной группы, их пробовал лишь 1% опрошенных. Максимальное число потребителей, по ответам респондентов, зарегистрировано среди представителей, относящих себя к готам, среди них 70% употребляют наркотики. Минимальное число потребителей наркотических веществ зарегистрировано среди скейтеров.

Данные результаты опроса позволяют прогнозировать ситуацию, связанную с потреблением наркотических веществ в молодежной популяции и адекватно строить систему превенции.

## **РЕАБИЛИТАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ**

### **КОМПЛЕКСНАЯ РАБОТА ПО РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ**

Н.В. Васильева, Т.С. Гусева, Е.Б. Усатова  
Республиканская клиническая больница, Чебоксары

Проблема сосудистой патологии головного мозга является одной из ведущих в неврологии и имеет большое социальное значение. Инсульт – лидирующая причина инвалидизации населения. Лишь 8% выживших больных могут вернуться к прежней

работе. Церебральный инсульт занимает второе место в структуре смертности от болезней системы кровообращения в России и мире. Ежегодная смертность от инсульта в России – одна из наиболее высоких в мире. За последние 10 лет среди лиц трудоспособного возраста она увеличилась более чем на 30%. Инсульт накладывает особые обязательства на членов семьи больного, значительно снижая их трудовой потенциал.

По данным академика З.А.Суслиной и профессора М.А.Пирадова, наиболее частыми последствиями инсульта являются:

- центральные парезы и параличи;
- речевые нарушения;
- когнитивные нарушения (25% больных);
- постинсультные эмоционально-волевые нарушения (20-60% больных);
- снижение психической и двигательной активности;
- центральные боли (3% больных);
- дисфагия;
- нарушение равновесия, координации и статики;
- нарушение повседневной жизненной активности.

Международный опыт показывает, что снижение смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний достигается в результате реализации координированного комплекса мер, основными из которых можно назвать: повышение информированности населения о факторах риска сосудистых заболеваний и их профилактике; внедрение эффективных профилактических программ; совершенствование системы медицинской помощи. Обязательное условие решения этой проблемы – создание единой национальной программы, основанной на системном мультидисциплинарном подходе, включающем координацию всех служб, связанных с решением проблемы. В мае 2008 г. в Чувашской Республике на базе Регионального сосудистого центра было открыто неврологическое отделение для лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Лечение осуществляется мультидисциплинарной бригадой, работающей как единая команда с четкой согласованностью действий, что обеспечивает целенаправленный подход к реализации задач реабилитации. В состав бригады входят врач-психиатр (психо-

терапевт), логопед, медицинский психолог и другие узкие специалисты.

За 2009 г. в неврологическое отделение №2 Регионального сосудистого центра поступило 1458 больных с нарушениями мозгового кровообращения для диагностики, лечения и дальнейшей реабилитации. Совместный осмотр больного специалистами мультидисциплинарной бригады и учет данных дополнительных исследований позволяли максимально индивидуализировать лечебную программу, что являлось важным условием реабилитационного процесса. В частности, психотерапевтом и психологом было осмотрено (обследовано, пролечено) 1092 пациента, что составило 89% от общего числа больных. Критериями исключения из психологического обследования служили наличие речевых расстройств (моторная, сенсорная, амнестическая, сенсомоторная афазии и др.), тяжелый общий соматический и неврологический статус. На протяжении всего периода стационарного лечения количество таких пациентов составило 11% от общего числа.

Достаточно часто после инсульта возникают когнитивные нарушения (около 25% больных), хотя они редко достигают степени деменции. Такие нарушения могут возникнуть не только при обширных поражениях корковых областей, но и при подкорковых очагах в функционально значимых зонах. Когнитивные нарушения включают дефицит внимания и способности быстрой ориентации в меняющейся обстановке, снижение памяти, замедленность мышления, быструю истощаемость при напряженной умственной работе. В 2009 г. из 1092 пациентов с органическими расстройствами 345 были с когнитивными расстройствами (31,5% из общего числа органических расстройств). Высокий процент обусловлен, вероятно, тем, что в группе осмотренных больных 47% (517 чел.) были в возрасте старше 60 лет, 20 больным из общего числа обследованных был выставлен диагноз «Деменция», что составляет 1,8% от числа органических расстройств. У значительной части больных постинсультные когнитивные нарушения имели определенную тенденцию к уменьшению их выраженности в течение первых месяцев и даже лет после инсульта. Последнее время в отделении для лечения больных с постинсультными когнитивными нарушениями с ус-



пехом используются препараты, применяемые раньше для лечения болезни Альцгеймера (глиатилин, акатинол-мемантин).

Перенесший инсульт человек часто испытывает депрессию, тревогу или страдает от перемен в образе жизни и трудностей в общении с окружающими. Для него эти проблемы могут иметь большее значение, чем действительные физические страдания. В постинсультных эмоционально-волевых нарушениях преобладают астенодепрессивные реакции. У 20-60% больных они сопутствуют инсульту, в большинстве случаев являясь реакцией на болезнь, на возникшую беспомощность. Депрессия может усиливать когнитивные нарушения, часто сочетается с выраженной астенией.

Для пациентов с депрессивным расстройством характерны снижение интереса к любому виду деятельности, включая к реабилитационным мероприятиям, потеря аппетита, нарушение сна, раздражительность, тревожность, снижение концентрации внимания, суицидальные мысли. Из 1092 пациентов неврологического отделения №2 тревожно-депрессивные расстройства имели 205 чел. (18,7%).

Для органического астенического расстройства присуще сочетание пониженного настроения со снижением уровня активности, повышенной утомляемостью, истощаемостью, неспособностью к длительному физическому и психическому напряжению. В 2009 г. в Региональном сосудистом центре 504 больным был выставлен диагноз «Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство» (46,1%).

Вторым по значимости и распространенности постинсультным дефектом являются речевые нарушения, которые обычно сочетаются с двигательными расстройствами. Расстройства речи чаще всего проявляются в форме афазии или дизартрии.

Спонтанное восстановление речи происходит в первые 3-6 месяцев после инсульта, но иногда оно отодвигается на более отдаленные сроки. Темп и полнота обратного развития нарушений зависят в первую очередь от объема поражения мозговой ткани и, соответственно, от исходной тяжести речевого дефекта.

Восстановительное обучение больных с постинсультными расстройствами речи представляет собой достаточно трудную задачу, так как, помимо нарушений экспрессивной функции и

восприятия речи, после инсульта нередко значительно снижается сама способность к обучению: страдают внимание, память, умственная работоспособность.

В течение 2009 г. в Региональном сосудистом центре ГУЗ «Республиканская клиническая больница» осуществлялось восстановительное обучение больных. Логопедическая коррекционная работа была основана на одном из самых важных свойств головного мозга – способности к компенсации. Для восстановления нарушенных функций использовались как прямые, так и обходные компенсаторные механизмы. Прямые растормаживающие методы работы в основном применялись на ранних стадиях заболевания и были рассчитаны на активизацию резервных внутрифункциональных возможностей. Это предполагало выход нервных клеток из состояния временного угнетения, связанного, как правило, с явлениями диагноза (охранительного торможения). Обходные методы подразумевали компенсацию на основе перестройки самой нарушенной функции благодаря межфункциональным перестройкам.

Кроме того, в процессе восстановительного обучения строго учитывались особенности каждого конкретного случая заболевания, а именно индивидуальные свойства личности больного, тяжесть соматического состояния, условия жизни и т.д.

Восстановительное обучение проводилось программами М.К. Шохор-Троцкой. Программы включали дифференцированные в зависимости от формы афазии (апраксии, агнозии), степени выраженности дефекта, этапа заболевания, индивидуальных особенностей нарушений речи приемы и методы восстановительного обучения. Восстановительное обучение всегда было направлено на восстановление коммуникативных способностей больных.

В сложившихся условиях возрастает внимание к медицинской реабилитации как к неотъемлемому компоненту лечебного процесса. Медицинская реабилитация может быть рассмотрена как комплексный процесс, целью которого является сведение к минимуму функциональных последствий инсульта и негативных влияний инсульта на жизнь больного, увеличение степени его самостоятельности. В последние годы в России значительно увеличилось количество центров, занимающихся нейрореабилитацией. Помощь оказывается в 1129 лечебно-профилактических учреждениях: специализированных центрах, стационарах мно-

гопрофильных больниц, поликлиниках, психоневрологических диспансерах, домах ребенка, подразделениях других лечебно-профилактических учреждений. Действует более 43 реабилитационных центров. В их число входит Региональный сосудистый центр в Чувашии.

## РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ПРОСТРАНСТВО ИНТЕРНАТА КАК ИНТЕГРАТИВНАЯ СТРУКТУРА

Н.П. Жигарева

Психоневрологический интернат №30, Москва

Основными задачами психоневрологического интерната являются оказание медицинской помощи инвалидам, страдающим хроническими психическими заболеваниями, проведение лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий, организация ухода и надзора за пациентами, сохранение или повышение уровня реабилитационного потенциала пациентов, восстановление их социального статуса с возможностью интеграции некоторых из них в общество.

Для создания достойного качества жизни лиц с ограниченными возможностями здоровья, проживающих в психоневрологическом интернате, необходимо создание комплексной реабилитационной системы – реабилитационного пространства. Исходя из биопсихосоциального подхода, такая интегративная система должна охватывать как личность инвалида, так и ее социальные составляющие.

Проживающие в интернате инвалиды оказываются в сфере воздействия медико-профилактической, жилой, социально-трудовой, физкультурно-оздоровительной, социально-культурной, профессионально-образовательной, социально-терапевтической, духовной сред, которые оказывают на них строго дифференцированное, индивидуальное и комплексное влияние.

Реабилитационное сопровождение пациента осуществляют члены полипрофессиональных бригад координированного типа. Выбор координатора определяется предпочтениями интегративного сопровождения пациента на каждом отдельном этапе. В такую бригаду включены специалисты разных профессий: пси-

хиатры, психологи, методист, терапевты, неврологи, специалисты по социальной работе, юристы, трудоинструкторы, специалист по адаптивной физкультуре, социальные работники и наставники – квалифицированные рабочие, состоящие на штатных должностях. Они определяют оптимальный объем и последовательность этапов сопровождения инвалидов в процессе их реабилитации.

На первом этапе основную роль в определении статуса и функционального диагноза инвалида выполняет врачебный персонал. По мере дальнейшего «погружения» пациентов в реабилитационное пространство наступает период активной реализации медико-социальной программы. На основании составленного паспорта интеграционных возможностей инвалида и плана реабилитационных мероприятий происходит постепенное вовлечение его в лечебно-трудовую, социально-культурную, физкультурно-оздоровительную, духовно-психологическую, профессионально-образовательную деятельность, формирование позитивных социальных установок относительно окружающих. На первый план выходит психолого-педагогическое сопровождение. Учитывая склонности и способности личности (увлечение спортом, музыкой), основным специалистом интегративно-сопровождения может стать инструктор по труду или физподготовке, музыкальный работник. При подготовке инвалида к самостоятельному проживанию и выпуску из стационарного учреждения ведущую роль в сопровождении выполняют юрист и социопедагоги, которые помогают пациенту в поддержании и расширении социальных связей, в решении сложных жизненных ситуаций.

Таким образом, модель реабилитационного пространства складывается из многоаспектного интегрированного характера деятельности учреждения.

# ПРЕДПОСЫЛКИ К СОЗДАНИЮ МОДЕЛИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОСТРАНСТВА ДЛЯ ИНВАЛИДОВ В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ИНТЕРНАТЕ

Н.П. Жигарева

Психоневрологический интернат №30, Москва

Понятие «реабилитационное пространство» не так часто используется в научных публикациях. При этом подход к реабилитационному пространству неоднозначен. В одних случаях его используют для обозначения сети реабилитационных учреждений для детей с детским церебральным параличом (Каграманова Т.В., 2002), в других оно рассматривается в рамках реабилитационного учреждения и включает его деятельность, помещения для реабилитации инвалидов, их оснащение, кадровое обеспечение (Сырникова Б.А., 2003).

При подходе к разработке модели реабилитационного пространства в психоневрологическом интернате (ПНИ) нами учитывался интегрированный характер деятельности этого учреждения, который складывался из многоаспектного социально-средового воздействия на инвалидов вследствие психических заболеваний и включал жилую, медико-оздоровительную, духовную, социально-психологическую, социально-трудовую, культурно-досуговую, физкультурно-спортивную среду. По существу это различные аспекты, грани интегрированной среды жизнедеятельности, и вместе с тем, это своеобразное пространство, в котором живет, обучается, трудится, общается, отдыхает инвалид, испытывая на себе его постоянное воздействие.

ПНИ представлен всеми гранями, всеми сторонами, аспектами этого пространства, которое оказывает реабилитационное воздействие на инвалида, создавая определенную ауру его существования. Правомерность рассмотрения ПНИ с точки зрения реабилитационного пространства обусловлено рядом обстоятельств, которые могут составить предпосылки для его создания, функционирования и научного анализа результативности его влияния.

1. ПНИ в России имеют многолетнюю историю медико-социального обслуживания инвалидов с психическими заболе-

ваниями и сложившийся подход к организации работы этих учреждений.

2. Деятельность ПНИ основана на законодательных и нормативно-правовых документах, которые регламентируют интегрированную медико-социальную и собственно психиатрическую помощь инвалидам и социально-бытовое их обеспечение, а также право инвалидов на обучение и трудовую деятельность.

3. Сходство проявлений клинического состояния инвалидов, которые выражаются преимущественно в дефицитарных (негативных) симптомах, позволяет сместить акценты реабилитационного воздействия с медицинских на социально-средовые его аспекты.

4. Давность хронического психического заболевания и многолетнее пребывание инвалидов в защищенных средовых условиях создают негативный эффект, сказывающийся в усугублении социально-психологического статуса инвалидов и требующий особого, специфического реабилитационного воздействия.

5. Ограниченные возможности общения со здоровыми людьми и фактор воздействия многолетнего патологического окружения с различными клиническими проявлениями (агрессивные, импульсивные поступки, неадекватное поведение, пароксизмальные состояния) – все это является причиной хронического стрессового состояния больных, которое нуждается в коррекции.

6. Фактор постоянного проживания инвалидов в ПНИ создает возможность интегрированного непрерывного и разностороннего воздействия с использованием мультифункционального бригадного метода.

Указанные предпосылки дают основание для создания реабилитационного пространства, нацеленного на активную жизнедеятельность инвалидов и возможность подготовки их к интеграции в общество.

## ПОНЯТИЯ ДУХОВНОСТИ В БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

А.М. Карпов, М.А. Шмакова

Казанская государственная медицинская академия

Вопросы духовности становятся актуальным звеном программы психического здоровья населения. Духовность определяет такие понятия, как смысл жизни, совесть, вина, долг, ответственность, вера в доброту, высшие силы и т.д. Это внутренняя жизненная философия принципа подхода к религии, к миру, это убеждения, которыми руководствуется человек в повседневной жизни. Духовные принципы могут предопределять возникновение тех или иных психологических проблем, которые требуют помощи врача, психолога, психотерапевта. Развитие духовности является цивилизованным способом гармонизации отношений в обществе. По определению психологии, духовность – это свобода, индивидуальность, социальная интегрированность, составляющая ядро личности, поэтому понимание природы духовного потенциала человека формирует особенности консультативной помощи в ее реализации в процессе жизнедеятельности больного. Хорошо известно, что даже самые новые психотропные препараты, направленные на купирование острого состояния, не могут помочь душевнобольному вернуть способность обретения своего «я» – своего духовного ядра личности. Поэтому использование духовного наследия поколений, их культуральных особенностей, конфессиональной направленности является основным звеном психосоциальной терапии в реабилитации душевнобольных. Это терапия и определяет собой биопсихосоциальную модель лечения больных, разработанную и описанную впервые акад. В.М. Бехтеревым и являющуюся универсальной как для отдельного человека, так и для всего общества в целом. Психосоциальная терапия включает в себя методики психиатрической психотерапии С.Н. Консторума, терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно, арттерапию, трудовую активизирующую терапию, милиотерапию и т.д. и проведение психосоциальных тренингов, тренингов общения, формирование группы самопомощи, тренингов творческого мышления, «уроков веры»,

которые формируют изменения духовного самосознания пациентов, что способствует обретению больным духовного «ядра» личности и улучшению его «качества жизни». Таким образом, в настоящее время, в условиях быстро меняющегося социального статуса общества, меняется и парадигма понимания человека от биопсихосоциальной модели к биопсихосоциодуховной, так как именно духовность определяет жизнь современного человека.

## ТРУДОВАЯ ТЕРАПИЯ КАК ОДНА ИЗ ФОРМ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Н.К. Лизаков

Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары

В реабилитационном процессе важное значение имеет социально-трудовое восстановление лиц, находящихся на стационарном лечении в психиатрическом учреждении. Задачами трудотерапии являются адаптация психически больного к социуму посредством его активного включения в трудовую деятельность, восстановление утраченных и приобретение новых трудовых навыков, необходимых в повседневной жизни. Трудотерапия (занятость трудом) начинается в стационарных отделениях практически с момента поступления больного и продолжается в лечебно-трудовых мастерских (ЛТМ) при учреждении, позволяя больным быть вовлеченными во внутриотделенческие мероприятия, трудовые и повседневные процессы, дисциплинируя их, освобождая от навязчивых мыслей и желаний, возникающих на почве бездействия, времяпрепровождения, отвлекая больного от «ухода в болезнь». Вместе с тем трудотерапия стимулирует и активную психическую деятельность, направляет ее в русло предметной, осмысленной, результативной и дающей удовлетворение работы, позволяет сохранить, а в некоторых случаях и развивать имеющиеся трудовые навыки.

Выбор формы труда, условия его осуществления (индивидуальный, групповой, коллективный), дозированность (длительность, прерывность), способы стимуляции эффективности труда – все это опирается на социально-психологические, средовые



факторы и особенности личности больного, которые необходимо учитывать в трудовой реабилитации. Трудотерапия является обязательным элементом при стационарном лечении в Республиканской психиатрической больнице. В условиях учреждения практикуются различные хозяйственные работы внутри отделения, на территории больницы, огородном, швейном и других участках ЛТМ.

ЛТМ представляют основу организации трудовой деятельности и трудовой занятости в учреждении лиц с психическими расстройствами. Здесь функционируют несколько участков. В швейном шьются изделия для больницы и самих больных (медицинские халаты, комплекты постельного белья, покрывала, полотенца и другое). За 2009 г. для нужд больницы сшито 11700 единиц различного мягкого инвентаря. В картонажном готовят бумажные трехслойные мешки для фасовки сыпучих пищевых продуктов и пакеты для фасовки овощных, бахчевых и цветочных культур. На территории больницы обрабатывается огородно-парниковый участок площадью около 0,2 га, на котором установлены три теплицы, что позволяет получать ранний урожай овощей, обогащающий рацион больных. Имеется больничный плодоносящий сад. В 2009 г. в пищеблок больницы было сдано более 9 тонн различной фруктово-овощной продукции. Участок по осенне-зимней выгонке зеленого лука с момента организации является основной площадкой для приобщения больных женских отделений к труду, особенно в осенне-зимний период. С него в пищеблок сдано более 1100 кг зеленого лука. Эффективность работы доказал ремонтно-хозяйственный участок, занимающийся ремонтом мебели, оконных блоков, дверей, плинтусов, систем освещения, электрооборудования, хозяйственной утвари и др.

В целом ежегодно к лечебно-трудовой терапии в ЛТМ привлекаются от 300 до 350 чел., что составляет 9-10% от пролеченных. За время функционирования ЛТМ не зафиксировано ни одной травмы больных, случаев ухудшения состояния здоровья, связанных с выполнением каких-либо трудовых операций, что является следствием правильной организации труда психически больных, дозированнойности и регулирования лечебно-трудового воздействия.

Направления социально-трудовой реабилитации, координируются врачами-психиатрами, специалистами по социальной работе в тесном контакте с трудинструкторами и медперсоналом отделений. Положительное воздействие трудовых занятий доказано на практике: в 2009 г. повторные госпитализации снизились на 1,6%, количество лиц, находящихся на стационарном лечении 1 год и более – на 22,2%, что свидетельствует о снижении «госпитализма». Но, самое главное, выписываясь из больницы, больные готовы к тем самым социальным условиям, в которых они проживали до госпитализации. Многие больные и после выписки из больницы желают заниматься в ЛТМ – ведь это не только труд, занятость, но и способ общения.

## ОПЫТ РАБОТЫ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРИГАДЫ ПО РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

М.Н. Макарова, Т.В. Петрова

Шихазанская межрайонная психиатрическая больница

Мультидисциплинарный метод терапии психических расстройств является неотъемлемым компонентом стандартов качества психиатрической помощи.

В Шихазанской межрайонной психиатрической больнице с целью внедрения и реализации полипрофессиональной бригадной модели лечения психически больных утверждены и введены в режим работы:

- 1) положение о бригадных формах оказания психиатрической помощи в стационаре;
- 2) состав полипрофессиональных бригад психиатрических отделений;
- 3) алгоритм действия членов профессиональной бригады;
- 4) журнал «Учет пациентов, которым оказывалась бригадная форма психиатрической помощи» с инструкцией по его оформлению;
- 5) отчетная форма «Число пациентов, охваченных бригадными формами оказания психиатрической помощи» с инструкцией по ее составлению;

- 6) график заседаний полипрофессиональной бригады;
- 7) протокол заседаний полипрофессиональной бригады;
- 8) индивидуальная психологическая карта пациента;
- 9) индивидуальная социальная карта пациента;
- 10) дневник психосоциальной реабилитации пациентов.

В соответствии с имеющимися штатными возможностями в состав бригады входят: врач-психиатр, медицинский психолог, специалист по социальной работе, социальный работник, старшая медицинская сестра, медицинская сестра.

Взаимодействие специалистов, работающих в терапевтической бригаде, основывается на принципах:

- этапность, последовательность, непрерывность, интенсивность, динамичность, системность реабилитационных воздействий;
- координированность, оперативность, автономность в решении актуальных проблем психического здоровья каждого пациента;
- максимальное использование профессиональных, информационных, методических, организационных реабилитационных ресурсов;
- внедрение инновационных технологий биологической терапии, психосоциальной и психотерапевтической интервенции;
- оптимальное выполнение специалистами-участниками бригады своих ролевых обязанностей.

Ролевые обязанности при совместном ведении пациентов распределяются с опорой на область профессионального функционирования каждого члена бригады.

Врач-психиатр проводит психофармакотерапию, утверждает совместную программу реабилитационных мероприятий, координирует деятельность специалистов в бригаде, несет общую ответственность за клиническую работу.

Работа медицинского психолога в процессе оказания психиатрической помощи бригадным методом содержит аспекты:

- работа с пациентом: индивидуальная (психодиагностическое, патопсихологическое обследование, психологическое сопровождение), групповая (психообразование, психо-коррекционные модульные циклы, психологические тренинговые курсы);

- работа с ближайшим социальным окружением пациента (психообразование, проблемно-решающая, поведенческая семейная психокоррекция);

- работа в бригаде (составление индивидуальных программ психологической реабилитации, карт психокоррекционных мероприятий, оформление журналов тренинговых мероприятий).

Задачи специалиста по социальной работе и социального работника в рамках полипрофессиональной бригады:

- инструментальная поддержка (социально-бытовая и материальная помощь, восстановление социального положения пациентов);

- эмоциональная поддержка (индивидуальная и групповая работа с пациентами по различным социотерапевтическим направлениям);

- семейное вмешательство (восстановление поддержки со стороны семьи, разъяснительная беседа);

- взаимодействие с общественными организациями по оказанию помощи лицам с психическими расстройствами.

Старшая медицинская сестра контролирует работу среднего медицинского персонала по проведению реабилитационных мероприятий, заполняет дневник психосоциальной реабилитации.

Медицинская сестра ответственна за организацию и проведение тренингов элементарно-бытовых навыков и навыков самообслуживания.

В деятельность полипрофессиональной бригады включены регулярные еженедельные заседания, на которых с последующим занесением в протокол обсуждаются индивидуальные случаи, определяются объем, вид и форма вмешательства, лечебно-реабилитационные планы и их последующее выполнение, наиболее эффективные пути лечения и реабилитации.

Мониторинг и оценка результативности проведенных мероприятий подтверждают выводы ведущих отечественных и зарубежных психиатрических клиник о том, что мультдисциплинарный бригадный метод, являясь эффективным методом реабилитации, способствует социализации и социальной интеграции психически больных в общество. Анализ и контроль качества психиатрической помощи в целом по учреждению свидетельст-

вуют о необходимости и целесообразности его дальнейшего развития и совершенствования.

## ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

А.В. Мишин, Н.П. Жигарева, Ю.С. Закотенко  
Психоневрологический интернат №30, Москва

Современная психофармакотерапия является неотъемлемой частью биопсихосоциального подхода к лечению пациента с психическими расстройствами. В процессе лекарственной терапии большое внимание уделяется не только выбору наиболее оптимального лекарственного препарата, но и формированию у пациента готовности к медикаментозному лечению (комплаенс). Дифференцированное применение лекарственных средств в терапии таких пациентов является одним из необходимых условий оптимизации медикаментозной реабилитации инвалидов. Инновационные подходы к терапии больных шизофренией связаны с применением новых средств антипсихотической терапии (атипичных антипсихотиков), которые обеспечивают не только купирование психопродуктивной, но и, главным образом, коррекцию негативной психопатологической симптоматики. Для лечения пациентов с различными формами шизофрении нами активно применяется ряд атипичных нейролептиков (СИОЗСН): рисперидон, zipразидон, зуклопентиксол, оланзапин, сертиндол. Выявлена эффективность монотерапии сертиндолом, в процессе которой наступает выраженное уменьшение дефицитарной симптоматики, а также имеется когнитотропный эффект, что непосредственно улучшает качество жизни пациента. Использование пролонгированных форм препаратов (клопиксол-депо, рисполепт конста) освобождает больного от необходимости частого приёма таблетированных форм. Это даёт пациенту ощущение «независимости» от лекарств, формирует положительную установку на медикаментозное лечение. У больных с выраженными нарушениями когнитивно-мнестических функций активно применяются современные препараты группы ингибиторов холинэстеразы: галантамин и ривастигмин. На фоне терапии этими

препаратами отмечается значительное замедление деменции, повышение целенаправленности и мотивированности психической деятельности, уменьшение выраженности нарушений речи и гнозиса, повышение функциональной активности пациентов. Дальнейшая оптимизация в терапии ривастигнином связана с активным внедрением его трансдермальной терапевтической системы (пластырь), а галантамином – с использованием пролонгированной формы препарата, что упрощает контроль над ходом лечения пациентов и связано с определенной экономической выгодой.

Таким образом, в рамках действия комплексной реабилитационной системы медикаментозная терапия инвалидов вследствие психических заболеваний остается базовой. Ее адекватность является гарантом успешности всех психосоциальных воздействий, оказываемых на пациента.

## РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ КЛУБ «ШАГ К СЕБЕ»

Л.Н. Никитин, Е.В. Волошина

Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары

С апреля 2005 г. в Республиканской психиатрической больнице работает реабилитационный клуб «Шаг к себе». Контингент клуба составляют больные шизофренией в возрасте от 20 до 61 года и их родственники. Клуб посещают пациенты, находящиеся как на стационарном, так и на амбулаторном лечении. Занятия проводятся в открытой группе. Состав пациентов, посещающих клуб, непрерывно меняется. Работа осуществляется при взаимодействии врача-психиатра, психолога, специалиста по социальной работе, художественного, музыкального руководителя, сестер милосердия и библиотерапевта.

В работе клуба широко используются студии: музыкальная «Вдохновение», художественная «Акварель», литературная «Зеленая лампа». Ежемесячно реабилитационный клуб посещают от 15 до 20 амбулаторных пациентов и от 20 до 30 пациентов, находящихся на стационарном лечении.

Цель работы клуба – формирование терапевтического сообщества потребителей психиатрической помощи. Клуб работает 1

раз в неделю в течение 2 часов. Проводятся занятия по психообразованию, где пациенты обучаются навыкам само- и взаимопомощи, проводится групповая психотерапия, направленная на преодоление социальной изоляции и развитие навыков общения, занятия по формированию осознанного приема медикаментов, принятию своей болезни и взятию за нее ответственности. Совместно с пациентами составляется план досуговых мероприятий (посещение Театра оперы и балета, концертов, проводимых в центрах реабилитации инвалидов, выход на набережную Волги, походы на природу и т.д.). Совместно с сестрами милосердия организовываются паломнические поездки с посещением святых мест и купанием в источниках. В паломнические поездки пациенты ездят вместе с членами своей семьи, друзьями и родственниками. Члены реабилитационного клуба принимают участие в мероприятиях, проводимых в больничном храме во имя преподобного Серафима Саровского.

С пациентами, участниками клуба, обсуждаются социальные проблемы: своевременность переоформления инвалидности, социальный пакет, проблемы, связанные с трудоустройством.

Музыкальный руководитель со своими подопечными готовит мини-спектакли для пациентов больницы. Импровизированные декорации и детали к костюмам для спектаклей изготавливаются пациентами арт-студии «Акварель» под руководством художника. Празднуются памятные даты. Занятия в музыкальной студии посещают 12-17 пациентов, находящихся на стационарном лечении, 3-5 пациентов, лечащихся амбулаторно. В арт-студию «Акварель» приходят пациенты, находящиеся на амбулаторном лечении, и их родственники.

На занятиях в студии «Зеленая лампа» занимаются от 8 до 12 пациентов. Во время занятий читают художественную литературу, обсуждают цитаты и литературные образы.

90% пациентов, посещавших клуб, отмечают стабилизацию психического состояния, 5% – удлинение периода ремиссии, у 1 пациентки снята группа инвалидности, 1 пациент, который никогда не выходил из дома без сопровождения матери, стал приезжать на занятия самостоятельно.

Некоторые пациенты регулярно принимают участие только в паломнических поездках вместе с родственниками, другими ме-

роприятиями не интересуются, 70% посещают только 1 студию, 30% – различные студии.

Комплекс реабилитационных мероприятий дает возможность людям с хроническими психическими расстройствами стать более самостоятельными, сознательнее относиться к приему медикаментов и ранним симптомам обострения, а также активнее участвовать в социально-трудовой жизни общества, создавать новые, жизнеспособные паттерны жизнедеятельности.

## ПРАКТИКА ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Т.В. Петрова, М.Н. Макарова, Т.А. Ильминская  
Шихазанская межрайонная психиатрическая больница

Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация рассматриваются как важнейшие составляющие в системе организации психиатрической помощи в современных условиях.

Внедрение психосоциальной терапии и реабилитации в Шихазанской межрайонной психиатрической больнице началось с принятия организационно-управленческих решений:

1) разработка программы психосоциальной терапии и реабилитации;

2) выделение в штате учреждения 1,0 ставки специалиста по социальной работе, 1,0 ставки медицинского психолога, 1,0 ставки заведующего лечебно-трудовыми мастерскими.

В программу психосоциальной терапии и реабилитации включены:

1) создание системы обучения медицинского персонала формам и методам психосоциальной работы;

2) полипрофессиональное бригадное обслуживание пациентов;

3) семейная терапия;

4) использование психотропных средств последних поколений;

5) обеспечение преемственности в оказании помощи лицам с психическими расстройствами.



Для обеспечения качества психосоциальной помощи больница располагает широким арсеналом средств медико-биологической, психологической, социальной, трудовой реабилитации.

Как метод психосоциального вмешательства активно используется терапия средой, повышение бытовой комфортности, формирование позитивного психологического климата, атмосферы доверия.

Арттерапевтические модули в лечебно-реабилитационном процессе осуществляются с целью стабилизации состояния пациентов, гармонизации внутреннего мира, освоения способов самораскрытия и самопознания, мобилизации творческого потенциала. В больнице организована арт-студия «Мозаика», выпущен сборник стихов пациентов «Поэзия души», художественный альбом «Свободный полет». Выпускается больничная газета «Доверие», в ней пациенты знакомятся с историческими и современными событиями в жизни коллектива учреждения, инновационными методами лечения и реабилитации лиц с психическими расстройствами. В газете выделена рубрика «Страничка пациента», где публикуются статьи, стихи, рассказы пациентов.

Как форма реабилитации психически больных созданы Совет самоуправления пациентов, общественный Совет по взаимодействию Совету самоуправления пациентов и администрации больницы «Содружество», которые решают задачи: улучшение качества жизни пациентов в условиях длительной изоляции, создание условий для само- и взаимопомощи, трудовая занятость, планирование и расходование бюджетных средств на нужды пациентов, подготовка к праздничным и досуговым мероприятиям.

С целью формирования основ творческого и осмысленного времяпрепровождения, развития культуры отдыха организованы досуговые мероприятия. Проводятся тематические вечера, посвященные знаменательным датам, концерты, дискотеки, посещается краеведческий музей, выставки, организуются шахматно-шашечные турниры, спортивные соревнования.

С учетом задач психосоциального лечения на всех этапах реабилитационного процесса широко применяется трудовая терапия. Пациенты привлекаются к трудовой деятельности внутри отделений — самообслуживание, выполнение отдельных поруче-

чений, терапия занятостью, работа в хозяйственных отделах под контролем медицинского персонала; на внешних объектах – участие в общественно-полезном труде на подсобном хозяйстве больницы, выполнение ремонтно-строительных работ, оформление интерьера, занятие ландшафтным дизайном под руководством инструкторов по труду. В больнице функционируют лечебно-трудовые мастерские: по производству керамзитобетонных блоков на 10 мест; швейная мастерская на 3 места; мини-пекарня на 3 места; приусадебное хозяйство на 5 мест. В осеннее время создаются полеводческие бригады по уборке картофеля и зерна. Все это способствует восстановлению, сохранению, поддержанию трудовых навыков, повышению мотивации к трудовой деятельности, материальные средства и ресурсы от произведенной продукции укрепляют материально-техническую базу больницы, улучшают условия содержания пациентов в стационаре.

Основу реабилитационных мероприятий социальной службы составляют: информирование и консультирование пациента и его семьи по вопросам социально-правового характера, социального обеспечения и социальной защиты; по вопросам трудоустройства; доставка продуктов питания; восстановление социальных атрибутов; взаимодействие с официальными органами и структурами по защите прав и интересов пациентов; проведение тренингов социальных и трудовых навыков.

Психореабилитационные технологии с семьями пациентов включают в себя организацию консультативной помощи, семейную психокоррекцию, психообразовательные занятия с использованием методических пособий, информационных материалов. Для родственников пациентов подготовлены буклеты: «Памятка родственникам, имеющим в семье больного с психотическими расстройствами»; «Памятка родственникам, имеющим в семье больного эпилепсией»; «Шизофрения. Позитивные и негативные симптомы»; «Профилактика ООД».

В практику психотерапевтической помощи пациентам введены такие методы, как консультативная беседа, информирование, психообразование, психокоррекционные программы; коммуникативные, творческие, адаптационные, поведенческие, когнитивные психологические тренинги: «Правила общения в со-

циуме», «Позитивный настрой», «Арт-терапия как элемент психосоциальной реабилитации», «Трудоустройство людей с ограниченными возможностями», «Тренинг радости», «Снятие эмоционального напряжения, связанного с ситуацией общения».

Система психосоциальных мероприятий в сочетании с традиционными методами терапии позволяет оказывать более разностороннюю и качественную помощь, обуславливает восстановление психического здоровья, социального функционирования и качества жизни пациента, в перспективе подразумевает существенное снижение сроков лечения в психиатрическом стационаре, уменьшение регоспитализаций.

## РЕАБИЛИТАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ИНТЕРНАТА

И.М. Чигинева, О.Г. Шигабова  
Минздравсоцразвития Чувашии,  
Тарханский психоневрологический интернат

В системе социального обслуживания Чувашской Республики действуют 5 психоневрологических интернатов, из которых Тарханский психоневрологический интернат (Батыревский район Чувашской Республики) является опорно-экспериментальной площадкой стационарных учреждений социального обслуживания Чувашской Республики. На его базе проводится апробация современных реабилитационных методик и психокоррекционных техник, составляющих основу социо-культурной модели реабилитации.

Тарханский психоневрологический интернат функционирует с 1943 г., рассчитан на 240 мест. Все обеспечиваемые интерната являются инвалидами: I группы – 88%, II группы – 12%. В установленном порядке признаны недееспособными 93% обеспечиваемых интерната. В настоящее время на стационарном обслуживании находятся 245 обеспечиваемых, среди которых 53,3% составляют лица с умственной отсталостью различной степени выраженности, 31% – пациенты с шизофреническим дефектом, 5,3% – обеспечиваемые, страдающие органическим поражением ЦНС, 9,2% – с деменцией различного генеза.

В интернате в полном объеме проводятся мероприятия медицинской реабилитации, включающие поддерживающее лечение и немедикаментозные виды терапии: психотерапия и психокоррекция, физиолечение, лечебная физкультура, массаж.

Социокультурная модель реабилитации интерната включает в себя мероприятия, направленные на сохранение личностной активности престарелых и инвалидов, осуществляет в полной мере принцип партнерства в работе с пациентами – активно вовлекает их в лечебно-восстановительный процесс, способствует реализации их интересов, установок, знаний и потребности в общении в условиях интерната. Индивидуальный врачебный подход в интернате обеспечен каждому пациенту с учетом клинических особенностей его заболевания, пола и возраста, направленности интересов и системы ценностей, трудовых установок и характера отношений с окружающими. Основными методами немедикаментозной терапии признаны психотерапия, использующая два вида групповых методов, и социотерапия. Участниками терапии являются практически все сотрудники интерната.

Первый вид групповой психотерапии направлен на социальное поведение больного, его коммуникабельность, способность к самореализации, разрешению и преодолению социальных конфликтов. Активный творческий потенциал этих групп (3 основные группы по 15-18 пациентов с умственной отсталостью и органической деменцией в возрасте от 18 до 45 лет) реализуется в процессе обучения декоративно-прикладному искусству в форме занятий вышивкой, бисероплетением, художественным вязанием крючком и спицами, также используется чтение художественной литературы, различные виды арт-терапии – рисование, танцы, декламирование стихов. Творческая организация свободного времени наряду с трудом является эффективным средством формирования личности.

За основу второго вида групповой психотерапии взята оптимальная организация социальной структуры коллектива пациентов, имеющая в основе «средовые группы»: совет и собрания больных, коллективные экскурсии, художественный ансамбль, хоровое пение, сценическая деятельность. Эти социально-терапевтические группы (2 группы по 10 человек в возрасте от 21 до

30 лет с различными формами эндогенных заболеваний, умственной отсталостью различной степени выраженности), ориентированные на социальную активацию больных и их приобщение к жизни в обществе, способствуют тренировке общения, прививают пациентам навыки адекватного поведения в интернате.

Подопечные Тарханского интерната – постоянные участники Республиканского фестиваля художественного творчества инвалидов, находящихся на стационарном социальном обслуживании в психоневрологических интернатах, два последних года Тарханский интернат занимал в этом конкурсе третье место.

За последнее десятилетие Чувашская Республика стала одним из пилотных регионов, активно включившихся в реализацию федеральной целевой программы «Развитие физической культуры и спорта в Российской Федерации на 2006-2015 гг.». В рамках реализации данной программы и республиканской целевой программы «Развитие физической культуры в Чувашской Республике на 2007-2010 гг.», утвержденной постановлением Кабинета Министров Чувашской Республики от 09.10.2006 г. №251, почти во всех районах республики функционируют физкультурно-спортивные комплексы (ФСК). Двери районного ФСК открыты и для подопечных Тарханского психоневрологического интерната. Инвалидов с нарушениями опорно-двигательных функций привлекают оздоровительные занятия в бассейне. Обеспечиваемые учреждения – активные участники всех спортивных состязаний, проводимых в районе и республике, на равных условиях выступают с остальными участниками и занимают призовые места. В фестивалях летних и зимних видов спорта среди инвалидов стационарных учреждений социального обслуживания команда Тарханского психоневрологического интерната является лидером во всех видах спорта.

Совместная эффективная работа сотрудников и обеспечиваемых, направленная на восстановление утраченных социальных и личных связей, улучшение реабилитационного потенциала с практикой индивидуального и коллективного подхода к каждому подопечному интерната позволили повысить качество их жизни. Мониторинг эффективности реабилитационных мероприятий за последние два года выявил значительное снижение доли госпитализаций обеспечиваемых в стационары психиатри-

ческого профиля (на 2% по сравнению с 2009 г. и на 2,5% – с 2008 г.). Хотя в интернате на социальном обслуживании находятся, в основном, обеспечиваемые с непсихотическими состояниями, доля обострений психических расстройств также снизилась (по сравнению с 2009 г. на 4%, с 2008 г. – на 5%).

Таким образом, психотерапия и социотерапия, активно применяемые в Тарханском психоневрологического интернате, составляют единый комплекс психосоциальных методов, сочетанное применение которых на клинически дифференцированной основе является решающей предпосылкой для достижения эффективного социального и трудового восстановления пациентов и оптимизации их личностного развития. Психотерапия и реабилитация в нашем случае сливаются в единый процесс.

## ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ МОНИТОРИРОВАНИЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

А.В. Чиржа, Е.А. Матвеева, Н.А. Решнова, А.В. Руссов  
Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары

Проблема обеспечения качества оказания психиатрической помощи сформировалась в настоящее время в самостоятельное направление психиатрии. Главной причиной повышенного внимания к этой проблеме является неудовлетворенность как больных, так и общества качеством этой помощи. Часто высказывается мнение о нарушении прав больных, о неудовлетворенных взаимоотношениях медицинского персонала и потребителей психиатрической помощи, о некомфортных условиях пребывания в стационарных отделениях и др. Поэтому одним из основополагающих требований при создании современной системы управления качеством психиатрической помощи является ее оценка потребителями психиатрической помощи и членами их семей.

В связи с этим, специалистами больницы были разработаны опросники, целью которых являлось определение наиболее значимых для пациентов и их родственников аспектов оказания

психиатрической помощи, наиболее привлекательных и, наоборот, вызывающих наибольшую неудовлетворенность сторон деятельности. Первые опросники (2004 г.) были ориентированы только на стационарных больных и включали в себя 10 утверждений, по которым потребители медицинской помощи должны были дать субъективно-качественную оценку своего отношения к проблеме.

Основными разделами опросников являются:

1. Качество проводимого лечения (по мнению больного).
2. Отношения с медперсоналом, начиная с младшего персонала и заканчивая заведующим отделением.
3. Проблемные вопросы досуга, возможности исполнения религиозных обрядов, наличие периодической печати в отделениях.
4. Условия нахождения в отделении.
5. Правовой аспект оказания психиатрической помощи.

В дальнейшем опросник был расширен до 19 утверждений. Начиная с 2006 г. разработан опросник удовлетворенности качеством медицинской (помощи) и для амбулаторных больных (14 утверждений).

В соответствии с поставленной целью с 2004 г. каждое полугодие проводится опрос потребителей психиатрической помощи. В первом опросе в 2004 г. приняли участие 89 больных разных стационарных отделений, готовившихся к выписке. Анализ опроса показал, что большой процент неудовлетворенности определялся на невозможности в полном объеме совершать религиозные обряды. Имелись проблемы в правовом обеспечении и правовой грамотности пациентов, недостаточном обеспечении больных периодической печатью и взаимоотношении больных и персонала (65% удовлетворенности). С учетом этого в 2005 г. в декабре в больнице был открыт храм во имя Преподобного Серафима Саровского, были дополнительно введены ставки юрисконсультов, увеличилось число периодической печати в отделениях.

В последующем опрос выявил высокий процент неудовлетворенности со стороны родственников о предоставлении более полной и понятной для них информации о лечении больных, о пребывании их в стационаре. Учитывая это, в обязательные мероприятия учреждения было включено проведение «Дня открытых дверей» для родственников и пациентов. Данное мероприя-

тие проводится регулярно 2 раза в год. Для более широкого спектра предоставления информации о лечении, о заболеваниях и различных мероприятиях проводимых в больнице с 2008 г. регулярно издается больничная газета.

В 2009 г. проведен опрос 220 респондентов стационарных отделений и 100 респондентов амбулаторного звена, что дало более объективную картину. В результате опроса пациентов и их родственников установлено: во-первых, более – 73% в целом удовлетворены помощью, оказываемой в ГУЗ РПБ. Во-вторых, значительно повысился показатель удовлетворенности взаимоотношениями пациентов с медперсоналом – до 90%. Не менее важным для родственников и пациентов является качество лечебного процесса – 80% удовлетворенности, а также условия пребывания пациента в стационаре – 77%.

Анализ показателей мониторинга удовлетворенности позволяет получить информацию необходимую для повышения качества оказания психиатрической помощи. Для этого в больнице идет активное включение пациентов в программы социально-психологической реабилитации: клубная работа, художественная и музыкальная студии, библиотерапия, гончарное дело, тренинговые занятия и др., что помогает родственникам пациентов облегчить бремя ухода, расширить досуг больных, круг общения и снижает уровень стигматизации.

## **ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

### **ТЕРАПИЯ, ОПРЕДЕЛЯЕМАЯ ИНИЦИАЛЬНЫМ РЕСПОНСОМ, – НОВАЯ СТРАТЕГИЯ ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИИ**

**А.С. Аведисова**

**Государственный научный центр судебной  
и социальной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва**

В изучении психотропных препаратов (ПП) можно выделить два основных направления. Первое – это изучение общих закономерностей их действия, в рамках которого созданы классификации ПП, выделены их фармакодинамические эффекты, стан-



дартизирована терапия психических расстройств, проводятся испытания новых лекарств и т.д. Второе – анализ индивидуальных различий в действии ПП, в рамках которого исследуются совсем иные проблемы – анализ роли предикторов эффективности терапии (в т.ч. неспецифических), проблемы лекарственной резистентности, вопросы терапевтического прогноза и т.д. Анализ предикторов эффективности терапии большого депрессивного расстройства (БДР) посвящен ряд специальных исследований, выполненных в отделении Новых средств и методов терапии ГНЦ ССП им. В.П. Сербского. Проведению этих работ способствовала стандартизация оценки эффективности терапии БДР в критериях ремиссии (RM), респондеров (RS), парциальных респондеров (PR) и нонреспондеров (NR). Изучались «фоновые» предикторы – характеристики, определяющие больных (n=130) до начала терапии (социодемографические, клинические), и предикторы «процесса» – изменения, отмечающиеся в процессе 8-недельной терапии антидепрессантами (в т.ч. время формирования инициального респонса –  $IRS=HDRS \leq 25$ ).

Стратификация предикторов эффективности фармакотерапии показала, что наиболее важным из них является время наступления IRS. Из 24,6% пациентов, у которых он формировался на 1 неделе терапии, к концу исследования RM достигли 68,8%, RS – 31,2% пациентов. По мере замедления формирования IRS снижалось число RM и RS, увеличивалось число PR: IRS на второй неделе (40% пациентов) – RM – 46,2%, RS – 36,5%, PR – 6,9%; IRS на третьей – RM 28,6%, RS – 34,3%, PR – 37,1%; IRS на четвертой – RS – 2,3%, PR – 17,3%; IRS на пятой неделе (26,9%) – RS 33,3%, PR – 66,7%. Из 2 пациентов, достигших IRS на 6 и 7 неделях терапии, один стал RS, другой – PR. У NR IRS не наблюдался. Данная закономерность наблюдалась вне зависимости от назначаемого антидепрессанта. Этот период, связанный с появлением IRS (первые 10-14 дней фармакотерапии), – «критический» для дальнейшей ее эффективности, в то же время является «безмолвным» в смысле выявления антидепрессивного эффекта (латентный период), что предполагает, что он не имеет строгой корреляции с фармакологическим действием антидепрессанта. Именно в этот период отмечается наиболее выраженный плацебо-эффект. Исследование его роли в предикции эффективности терапии анти-

депрессантами (1 неделя терапии плацебо и 4 последующие недели терапии антидепрессантами, n=83) показало, что 46,9% пациентов с БДП (фон – HDRS=22,8±3,7) в течение первой недели плацебо-терапии становятся плацебо-RS, в конце терапии антидепрессантами все формируют группу R (HDRS≥50%). В то же время из плацебо-NR (53,1%) только 55% стали RS к терапии антидепрессантами. Как показали результаты этого исследования, плацебо-реактивность является комплексной реакцией всего организма, вовлекающей изменения клинического, нейрхимического и нейрофизиологического уровней. Оценка экскреции моноаминов (нг/мин) в группе плацебо-RS (n=15) показала повышение по сравнению с фоном функциональной активности катехоламиновой (НА: фон – 14,8±1,6, плацебо-период – 18,9±1; p<0,01); DA: фон – 112,6±2,3, плацебо-период – 124,8±2,6) или индоламиновой (5-ОТ: фон – 116,4±2,6, плацебо-период – 127,8±1,9; p<0,05), или обеих нейромедиаторных систем по сравнению с отсутствием такой динамики у плацебо-NR (n=18) (НА: фон – 16,0±2,0, плацебо-период – 14,2±2,1; DA: фон – 109,3±2,4, плацебо-период – 114,9±2,6; 5-ОТ: фон – 118,3±2,2, плацебо-период – 120,7±2,5). Получены данные, подтверждающие нейрофизиологическую основу плацебо-эффекта (узкополосный спектральный анализ многоканальной ЭЭГ), характеризующегося выраженными и представленными однотипной реакцией повышения мощности низких и средних частот α-ритма (6,3-9,0 и 9,0-10,2 Гц) в отличие от плацебо-NR (нетипичные, невыраженные, охватывающие единичные узкие полосы, в основном β1-ритма, p<0,05 между реакциями в группах), что отражает более высокую реактивность нейрофизиологических механизмов у плацебо-RS. При дальнейшей терапии антидепрессантами обнаружены качественно иные показатели ЭЭГ (восстановление физиологической асимметрии низких и средних частот α-ритма в центральных и лобных отделах мозга), выявляющиеся только у RS к активной терапии. Эти данные, свидетельствующие об исходной фармакореактивности нейробиологических механизмов у плацебо-RS (возможно обусловленной генетически) и проявляющиеся на ранних этапах терапии, их чувствительностью к плацебо или неспецифическому действию антидепрессанта тесно связаны с проблемой нейропластичности структур мозга, а IRS можно рассматривать как спе-

цифический независимый предиктор достижения RM. Новая концепция лечения БДР предполагает индивидуальный выбор схемы терапии для пациентов, которая формируется исходя из индивидуальных особенностей IRS.

## ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Н.С. Алексеева, О.И. Салмина-Хвостова  
Новокузнецкий государственный институт  
усовершенствования врачей

Ожирение является одним из самых распространенных хронических заболеваний в мире. Значимость проблемы ожирения определяется угрозой инвалидизации пациентов молодого возраста и снижением общей продолжительности жизни в связи с частым развитием тяжелых сопутствующих заболеваний. Многочисленные исследования свидетельствуют о значительных нарушениях в психической сфере при ожирении, которые оказывают выраженное влияние на формирование патологического пищевого стереотипа и течения заболевания. Диагностика и коррекция расстройств пищевого поведения в сочетании с медикаментозной терапией составили основу эффективных лечебно-профилактических мероприятий для борьбы с избыточной массой тела и ожирением (Дедова И.И., Мельниченко Г.А., 2004; Старостина Е.Г., 2005).

**Цель исследования:** изучить приверженность к лечению у пациентов с избыточной массой тела и ожирением при расстройствах пищевого поведения.

**Материалы и методы.** Исследование проведено в Новокузнецке – крупном промышленном городе Западной Сибири. В исследовании участвовали 1216 пациентов с избыточной массой тела и ожирением (1104 пациента находились на лечении в эндокринологическом отделении №2 муниципального лечебно-профилактического учреждения (МЛПУ) «Городская клиническая больница №1» с 2004 по 2005 г.; 112 пациентов обратились

после лечения в стационаре в амбулаторно-поликлинические учреждения с 2004 по 2006 г.). Избыточную массу тела и ожирение диагностировали на основании индекса массы тела (1997). Типологию нарушений пищевого поведения определяли с использованием опросника DEBQ (1986). Статистическая обработка результатов осуществляли с использованием пакета прикладных статистических программ “Statistica 6.0” и электронных таблиц Microsoft Excel 2003.

**Результаты исследования.** При изучении типологии пищевого поведения выявили, что рациональный тип пищевого поведения наблюдался у 23,6% пациентов эндокринологического стационара (эмоциогенный тип пищевого поведения – у 34,4%, экстернальный – у 28,5, ограничительный – у 6,7, смешанный – у 6,8%) и у 17,8% пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений (эмоциогенный тип пищевого поведения – у 41,1%, экстернальный – у 24,1, ограничительный – у 9,0 и смешанный тип пищевого поведения – у 8,0%).

После обращения в МЛПУ снижение массы тела отмечалось у 19% пациентов эндокринологического отделения и у 3,6% пациентов поликлиник. При выяснении причин низкой эффективности снижения веса у пациентов лечебно-профилактических учреждений обнаружено, что рекомендации по коррекции массы тела соблюдали 22,5% пациентов после выписки из стационара и 8,9% пациентов после обращения в поликлиники. Несоблюдение врачебных рекомендаций и отрицательный эффект от лечения большинство пациентов объясняли собственной неорганизованностью и «отсутствием силы воли».

**Выводы.** Расстройства пищевого поведения у пациентов с избыточной массой тела и ожирением негативно влияют на мотивацию и приверженность к лечению, что ведет к низкой эффективности лечебных мероприятий. Для оказания эффективной лечебно-профилактической помощи пациентам с избыточной массой тела и ожирением необходимы коррекция расстройств пищевого поведения и привлечение к лечебному процессу не только диетологов, эндокринологов, терапевтов, но и психотерапевтов.

## ВЛИЯНИЕ ОБЩЕЙ МАГНИТОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ

А.Ф. Бабякин, С.Н. Каракова, И.В. Боев  
Пятигорский государственный научно-исследовательский  
институт курортологии

Результаты дифференциального патопсихолого-математического кластерного анализа 56 больных в возрасте от 30 до 55 лет с экзогенно-органическим поражением мозга в виде дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) до и после применения общей магнитотерапии (ОМ) позволили объективизировать терапевтический эффект общей магнитотерапии с использованием следующих методик – тест «10 слов», беглость речи, корректурная проба, сложная фигура Рея–Остерица, повторение цифр.

Выявлен статистически достоверный ( $p < 0,05$ ) прирост количества правильно выполненных заданий по тесту MMSE по шкалам – конструктивная функция и функция планирования ( $27,9 \pm 1,3$ ,  $D=10,3\%$ ;  $p < 0,05$ , «+» 2,6 балла) после всего курса ОМ, подтверждающих повышение адекватности уровня антиципации, что необходимо в профессиональной деятельности и при построении продуктивных межперсональных отношений.

Было подтверждено, что ОМ оказывает статистически достоверный ( $p < 0,05$ ) положительный эффект на слухоречевую память (по тесту «10 слов» Лурия А.Р.). В целом по группе прирост слов, называемых за одно повторение после 10 сеанса магнитотерапии, в среднем составил 1,3 слова (20,3% от исходного уровня). Однократная тональная магнитостимуляция (один сеанс) не оказывала существенного влияния на запоминание. Положительный эффект от лечения становился статистически значимым к концу лечения (к 10 сеансу).

В тесте «Повторение цифр» увеличение суммарного балла воспроизводимых цифр как в прямом (+2,2 балла, 5,0% от исходного уровня), так и в обратном (+3,2 балла, 8,5% от исходного уровня) порядке на фоне ОМ оказалось статистически достоверно ( $p < 0,05$ ), подтверждая и объективизируя эффективность нивелировки легких когнитивных нарушений (ЛКН). При выполнении пробы «сложная фигура» выявлено статистически

достоверное ( $p < 0,05$ ) уменьшение времени, затрачиваемого на выполнение задания на фоне ОМ (-6,3 с, 10,5% от исходного уровня;  $p < 0,05$ ), также свидетельствующее об улучшении когнитивных параметров у больных.

Анализируя данные, можно отметить, что наибольшее снижение времени, затрачиваемого на выполнение одной корректурной таблицы, происходит после курса из 10 сеансов ОМ (от 3,3 до 8,8 с). Даже однократная стимуляция (1 сеанс) приводит к значительному снижению времени (от 3,6 до 6,6 с) выполнения задания по корректурным таблицам, т.е. параметров функции внимания – концентрации, устойчивости и индекса утомляемости. Далее происходит замедление снижения времени выполнения задания, несмотря на то, что данная проба становится хорошо знакомой для больных и они приобретают определенный навык ее выполнения. Разница во времени выполнения между первым и пятым, пятым и десятым сеансами не столь существенна, недостоверна и не превышает 3-5 с.

На основании полученных данных можно утверждать о положительном влиянии курса из 10 сеансов ОМ на скорость нейродинамических процессов, что практически проявляется в увеличении количества слов, называемых больными с ЛКН на одну букву за минуту (исследование беглости речи), что отражается на селективной функции и беглости речи.

Таким образом, результаты экспериментально-пато-психологических исследований у больных с ЛКН, при использовании ОМ убедительно доказывают эффективность метода терапии у больных с ДЭ и объективизируют на достоверном уровне положительную динамику когнитивных функций.

## ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭСТ В ЛЕЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

В.Н. Иванов, А.В. Голенков

Республиканская психиатрическая больница,  
Чувашский государственный университет, Чебоксары

Известно, что электросудорожная терапия (ЭСТ) в Чувашии впервые была применена врачом Шихазанской психиатрической

больницы Д.К. Смирновым в 1964 г. В течение года ему удалось успешно пролечить около 20 пациентов с инволюционными психозами, а затем метод долгие годы не использовался. С 1989 по 1996 г. ЭСТ изредка (334 процедуры) применялась в МСЧ №29 г. Новочебоксарск. В Республиканской психиатрической больнице метод впервые был апробирован в 1997 г., но относительно широко стал применяться с 1998 г. В предыдущей нашей работе освещались предварительные результаты лечения 170 больных с помощью ЭСТ в течение 2002-2004 г. (Иванов В.Н. и др., 2005).

**Цель исследования:** проанализировать результаты использования ЭСТ с 1998 по 2007 г.

За 10 лет увеличилась доля больных шизофренией, но уменьшилась доля пациентов со значительным и незначительным улучшением, что можно связать с расширением клинических показаний к проведению ЭСТ (таблица). В большинстве случаев речь идет о параноидной шизофрении с галлюцинаторно-бредовой симптоматикой (синдром психического автоматизма), больных с первой в жизни госпитализацией (особенно в последние годы).

#### Использование ЭСТ в Чувашии за 10 лет

Показатель	Весь период	1998-2002	2003-2007
Всего больных	563	237	326
Мужчин/женщин, %	43,7/56,3	46/54	42/58
Средний возраст больных	34,4 ± 10,6 (15-64 года)		
Среднее число процедур	10,3 ± 2,0	8,4 ± 0,6	11,7 ± 2,6
Распространенность на 10 000	0,465 ± 0,2	0,349 ± 0,1	0,581 ± 0,2
Психические расстройства, %			
Средняя длительность болезни	11,4 ± 9,5 (от 2 месяцев до 37 лет)		
Шизофрения	88,3 ± 10,7	82,5 ± 11,8	94,0 ± 6,1
Прочие расстройства	11,7 ± 10,7	17,5 ± 11,8	6,0 ± 6,1
Эффективность, %			
Значительное улучшение	10,6 ± 5,6	14,2 ± 6,1	7,7 ± 3,4
Незначительное улучшение	48,9 ± 6,2	52,4 ± 5,4	46,2 ± 5,8
Без изменений	40,5 ± 6,1	33,4 ± 7,0	46,1 ± 2,7

Опыт применения ЭСТ показал неплохую эффективность в лечении фармакорезистентных форм тревожных, ажитирован-

ных и затяжных депрессий, онейроидной кататонии, прерывающий эффект выявлен при фебрильной шизофрении и злокачественном нейролептическом синдроме, а также у женщин, больных, имеющих собственную семью и малую длительность заболевания.

По неотложным показаниям ЭСТ проводится 2-5 больным в год (фебрильная кататония, злокачественный нейролептический синдром). Ремиссии высокого качества в среднем составляют 10,6%, что связано с использованием метода, главным образом, у больных шизофренией, резистентных к проводимой психотерапии.

Из побочных эффектов чаще всего встречались: гипертония (5%), тахикардия (3%), брадикардия (0,4%), психомоторное возбуждение (1,1%), вывих нижней челюсти (0,5%). Побочные эффекты чаще отмечались у больных с парафренным синдромом и при увеличении силы тока, осложнения – у больных более старшего возраста, имеющих соматоневрологическую патологию.

Наш опыт убеждает в том, что ЭСТ является важным дополнением к психотерапии психических расстройств, методом выбора при угрожающих жизни больного состояниях (чаще всего фебрильных). Вместе с тем следует более дифференцированно подходить к назначению ЭСТ, сократить число неэффективного использования данного вида лечения.

## О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ

Т.Н. Колесниченко, И.В. Шадрин  
Челябинская государственная медицинская академия

Нервная анорексия представляет собой расстройство пищевого поведения, которое встречается преимущественно у девочек подросткового и юношеского возраста. В формировании нервной анорексии ведущим является синдром дисморфофобии-дисморфомании с наличием убежденности в излишней полноте и стремлением к коррекции своей внешности. Кроме того, у больных отмечается искаженное восприятие образа своего тела, когда они видят себя значительно полнее, чем в реальности.



Даже при выраженной степени кахексии у них отсутствует критическое отношение к заболеванию и своему внешнему виду. Тщательная диссимуляция больными истинных причин похудения, а также быстро присоединяющиеся вторичные соматоэндокринные расстройства приводят к возникновению диагностических ошибок. В результате этого больные своевременно не получают адекватную психиатрическую помощь, длительно и малоэффективно лечатся у терапевтов, педиатров, гастроэнтерологов, эндокринологов, обследуются у онкологов и фтизиатров. Анозогнозическое отношение к своему заболеванию нередко приводит к тому, что больные попадают в поле зрения психиатров в состоянии выраженной кахексии с декомпенсацией всех жизненно важных функций, нуждаются в неотложном лечении в условиях реанимационных отделений и палатах интенсивной терапии.

Согласно МКБ-10, нервная анорексия рассматривается как расстройство приёма пищи (F50), т.е. относится к поведенческим синдромам, связанным с физиологическими нарушениями и физическими факторами. Таким образом, это заболевание преимущественно расценивается в рамках пограничных психических расстройств. Однако, как показывает наш опыт и длительное катамнестическое наблюдение за больными, это расстройство выходит за рамки пограничной патологии, достигая психотического уровня. Только у одной трети больных в преморбиде действительно имелось незначительное повышение массы тела, что характеризовало дисморфофобию как сверхценную идею, но чаще дисморфофобические расстройства возникали на фоне нормального веса, что свидетельствовало о бредовой дисморфомании. Подтверждением эндогенного характера возникновения нервной анорексии является также тот факт, что если при манифестации заболевания у некоторых больных и удавалось выявить наличие стартовой психотравмы, то последующие рецидивы возникали аутохтонно.

Комплексное лечение в условиях психиатрического стационара, включающее в себя индивидуально разработанную диету, психотерапию и медикаментозное лечение, приводило к дезактуализации дисморфофобических переживаний и повышению массы тела. По мере выхода из состояния кахексии у больных

нормализовался фон настроения, уменьшались явления астении. Однако оппозиционное отношение к родным сохранялось достаточно долго, больные пытались манипулировать чувствами и поведением близких, требуя забрать их домой из стационара. В связи с этим представляется важным в процессе построения лечебного плана учитывать данные семейного анамнеза, наличие семейных стрессоров. Питание больных в отделении осуществлялось под контролем врачей либо медицинских сестер, кратность и калорийность пищи регулировались индивидуально для каждого. Подтверждением возможно эндогенного характера нервной анорексии является хороший отклик на лечение нейролептиками и атипичными антипсихотиками. Так, психотропное лечение включало терапию именно типичными нейролептиками и атипичными антипсихотиками. Из типичных нейролептиков использовались неуплептил, галоперидол, трифтазин; из атипичных антипсихотиков: зипрекса (оланзапин), rispолепт (рисперидон), сероквель (кветиапин). Наряду с лечением психотропными препаратами применялись антидепрессанты из группы ингибиторов обратного захвата серотонина (флуоксетин, флувоксамин). Применение трициклических антидепрессантов было ограничено в связи с часто возникающими побочными эффектами в виде гипотонии, сухости во рту, сердечных аритмий (особенно у больных с булимической формой нервной анорексии).

Установлено, что при использовании современных препаратов существенно уменьшался риск развития нежелательных побочных явлений, больные быстрее набирали вес, хорошо переносили лечение, могли заниматься в отделении интеллектуальным трудом. Однако отмечено, что использование оланзапина при булимическом варианте нервной анорексии вызывало резкое повышение аппетита, учащение кратности и выраженности булимических эпизодов с компульсивным перееданием. Наблюдения показали, что данной категории больных более показано назначение традиционных нейролептиков в сочетании с антидепрессантами из группы ингибиторов обратного захвата серотонина, причем в достаточно больших дозировках. Психотерапию оказалось наиболее целесообразно начинать через 2-3 недели

после назначения психотропных средств в связи с отсутствием комплайенса на более ранних этапах лечения.

Для предотвращения возникновения рецидивов и повышения мотивации больных на здоровые пищевые паттерны необходима долгосрочная терапия антипсихотиками, антидепрессантами, а также психотерапия (поведенческая и семейная).

## ФИНЛЕПСИН-РЕТАРД В ТЕРАПИИ МЕЖПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ

В.Т. Лекомцев

Ижевская государственная медицинская академия

Повышение эффективности терапии межпароксизмальных психических изменений личности больных эпилепсией остается актуальной, особенно с позиции реабилитационного подхода. Изучению терапии межпароксизмальных психических расстройств больных эпилепсией на манифестном этапе болезни посвящено небольшое количество публикаций. Задачей нашего исследования явилось изучение терапевтической эффективности финлепсина-ретарда у 56 больных травматической эпилепсией на манифестном этапе болезни. Финлепсин-ретард в комплексном лечении получали 39 чел., 17 – монотерапию. Среди больных 34 мужчин и 26 женщин с давностью заболевания от 1 года до 8 лет. По формам эпилепсии больные распределились следующим образом: 37 больных с фокальной, из них 29 с височной эпилепсией, 17 больных с вторично-генерализованной эпилепсией; 3 – с первично-генерализованной эпилепсией. В межпароксизмальном периоде ведущими клинико-психопатологическими синдромами у 38 больных (67,8%) были различные варианты церебрастенического синдрома, у 6 (10,8%) – астено-ипохондрический синдром, у 9 (16,1%) – деперсонализационно-дереализационный, у 3 больных (5,3%) – сенестопатический.

Интеллектуально-мнестические расстройства в различной степени выраженности наблюдались у 33 пациентов (55,3%). Осевой брадикинетический синдром выявлен у 17 (30,3%), дисфорические состояния по типу астенических у 19 (33,9%), сте-

нических – у 24 больных (42,8%). Общим для всех церебраллических синдромов были жалобы на головные боли, повышенную раздражительность, снижение трудоспособности, особенно при психогениях. У части больных раздражительная слабость сопровождалась по типу «огневой возбудимости». На этом фоне отмечались выраженные вегетативные нарушения с повышенной потливостью, тахикардией, неприятными ощущениями в области сердца. Сон характеризовался затруднениями засыпания, наплывом ярких воспоминаний, стереотипными устрашающими сновидениями, отсутствием гедонического компонента сна. Ипохондрические расстройства сопровождались жалобами на отсутствие сил, чувство «полного бессилья», пессимистическими установками на лечение, «грубыми» вестибулярными расстройствами без неврологических проявлений. Деперсонализационно-дереализационные расстройствам сопутствовали ощущения перемещения собственного тела, явления чуждости конечностей («не моя рука, не моя нога»), состояние тревоги и страха перед возможным «параличом конечностей». Больные отмечали отсутствие мыслей, заполнение головы водой, появление ощущения «чужая голова». Сенестопатии проявлялись сенестопатиями различной локализации.

Финлепсин-ретард назначался в суточных дозах до 1400 мг, большинство принимали по схеме 400 мг два раза в день. После стойкой терапевтической ремиссии суточная доза финлепсина-ретарда составила 400 мг. У 15 больных (26,7%) с фокальной (очаговая, височная) формой эпилепсии приступы купировались, у 41 (73,2%) со сложной пароксизмальной симптоматикой отмечалось сокращение припадков на 50-75%. Только у одного больного с аллергической реакцией не наблюдалось терапевтического эффекта. Выявлена корреляция между клиническими и электрофизиологическими показателями. В плане поставленных задач настоящего исследования нами проведен более подробный анализ терапевтической активности финлепсин-ретарда на межпароксизмальную симптоматику. Клиническая апробация препарата показала селективное действие на церебраллическую симптоматику. У 97,0% больных церебраллическая симптоматика, вазовегетативные расстройства и нарушения сна редуцировались. Больные отмечали исчезновение раз-

дражительности, появление сил; не регистрировался депрессивный регистр переживаний. Терапевтическое действие финлепсина-ретарда было также бесспорным при парасомнических расстройствах. На фоне лечения финлепсином у пациентов изменялась внутренняя картина болезни, они приобретали уверенность в своих силах, появлялись стенические установки на будущее. В процессе терапии полностью купировались астенические дисфории. На осевой брадикинетический синдром и стенические дисфории финлепсин-ретард существенного эффекта не оказывал.

Таким образом, финлепсин-ретард обладает мощным антиконвульсивным действием. Он представляет собой препарат выбора при фокальной эпилепсии, особенно при височной локализации эпилептического очага. Терапевтический диапазон финлепсина-ретарда включает также выраженный тимоаналептический, седативный и вегетостабилизирующий эффекты. Финлепсин-ретард по своим фармакологическим свойствам является препаратом профилактического направления и может успешно применяться врачами-эпилептологами в амбулаторной практике для вторичной и третичной профилактики травматической эпилепсии.

## МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ФОТОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С СЕЗОННЫМИ ДЕПРЕССИЯМИ

И.В. Пудиков

Самарский государственный медицинский университет

Значение нелекарственных методов терапии депрессий, в частности светолечения, возрастает в условиях повышенного внимания клиницистов к показателям «качества жизни» пациента. Указанное обстоятельство особенно актуально для депрессий непсихотического уровня. Фототерапия предпочтительна при лечении сезоннозависимых депрессий (ССД) легкой и средней тяжести, а также при проведении профилактической терапии. Немаловажным аспектом, определяющим преимущества рассматриваемого метода, являются меньшая частота и выражен-

ность побочных эффектов светолечения в сравнении с медикаментозными средствами. Отсутствие существенных побочных эффектов и осложнений становится критическим фактором при решении вопроса об антидепрессивной терапии, в исключительных случаях все же проводимой в период беременности и лактации, особую значимость приобретают данные об отсутствии тератогенных, эмбриотоксических и постнатальных эффектов светолечения. Перспектива широкомасштабного применения фототерапии, также как и других нелекарственных методов лечения депрессий, определяется трудностями финансирования общественного здравоохранения. Система обязательного медицинского страхования формирует запрос не просто на эффективные способы терапии, а на соотношение эффективность/стоимость конкретного метода терапии. Фототерапия в полной мере соответствует этому критерию, успешно решая те же задачи, что и более дорогостоящие медикаментозные способы. Она наиболее эффективно применяется для коррекции состояния пациентов, страдающих ССД непсихотического уровня (Wehr T., 1985; Murphy D., 1993; Lockley S. et al., 2003), преимущественно получающих амбулаторное лечение.

Лечили 76 чел. в осенний и осенне-зимний период. Применяли двухфазный режим фототерапии, который, по литературным и собственным данным, в наибольшей степени соответствует хронобиологической стратегии воздействия на этиопатогенетические звенья болезненного процесса. Динамика обратного развития психопатологической симптоматики оценивалась клинически, а также по шкале Гамильтона (вариант ССД) и шкале Бека на 7-й, 14-й и 21-й день терапии. Для контроля состояния и динамики функции сна осуществляли полисомнографическое (ПСГ) исследование до и после курса фототерапии. Стандартные показатели регистрировали с помощью диагностической компьютерной системы «Лаборатория сна» фирмы «SAGURA Medizintechnik GmbH».

В ходе светолечения все пациенты отмечали улучшение ночного сна и общего самочувствия. По данным ПСГ исследования, выполненного после окончания курса фототерапии, у 11 пациентов картина ночного сна в значительной степени нормализовалась – уменьшилось число межстадийных переходов в

направлении пробуждения, увеличилось общее время дельта сна, восстановилась архитектура первого цикла сна с появлением эпизодов парадоксального сна после 3-4 стадии.

Улучшение самочувствия и нормализацию ночного сна с большой вероятностью можно рассматривать как результат воздействия фототерапии на механизмы согласования биологической ритмики, наряду с лечебным плацебо эффектом, свойственным любой терапевтической процедуре. Представляется важным дальнейшее изучение факторов, определяющих эффективность фототерапии при СД.

## ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ АНТИДЕПРЕССАНТАМИ БОЛЬНЫХ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ДЛИТЕЛЬНО ПРИНИМАЮЩИХ БЕНЗОДИАЗЕПИНОВЫЕ ТРАНКВИЛИЗАТОРЫ

Д.В. Ястребов, Г.К. Дашкина

Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва

Рекомендации по применению бензодиазепиновых транквилизаторов (БДТ) ограничивают сроки их назначения несколькими неделями (Мосолов С.Н., 1996; Kaplan H.I., Sadock B.J., 2009). Однако более половины пациентов, принимающих БДТ, составляют больные с длительными сроками приема (Аведисова А.С. и др., 2005), что считается одним из основных факторов, определяющих формирование лекарственной зависимости и синдрома отмены. Лишь около трети всех пациентов, длительно принимающих БДТ, без каких-либо осложнений могут прекратить их прием (Higgitt. A.C., 1985). Этим и обусловлен значительный интерес к разработке оптимальных схем отмены БДТ, принимаемых длительными курсами.

**Цель исследования:** оценка целесообразности заместительной терапии селективными антидепрессантами (АД) различного механизма действия больных с пограничными психическими расстройствами, длительно (более 3 месяцев) принимающих БДТ.

**Методика.** Выборка пациентов (n=79) в возрастном диапазоне 21-62 года (ср. значение  $41 \pm 2,1$ ) была случайным образом

разделена на 2 группы. В обеих группах БДТ отменена путем постепенного снижения их дозировки: в течение 3 недель доза БДТ уменьшалась на 25% от первоначальной каждые 7 дней с одновременным назначением в качестве препарата заместительной терапии АД (венлафаксин от 75 до 150 мг в сутки, сертралин от 50 до 100 мг в сутки) (n=42) или плацебо (n=37) на 12 недель. Использовались: клинико-психопатологический метод, кумулятивная оценка соотношения рецидивов (анализ Каплана–Мейера/Kaplan–Meier), психометрическая методика (шкала тревоги Гамильтона – HARS).

**Результаты.** Эффективность отмены длительно принимаемых БДТ при проведении заместительной терапии антидепрессантами составляет в среднем 50% (22 пациента по завершении курса заместительной терапии прекратили прием БДТ), что в 2 раза выше, чем в контрольной группе (20%). Распределение рисков возникновения рецидивов во времени при заместительной терапии соответствует таковой при постепенной отмене БДТ без заместительной терапии: наибольший процент рецидивов приходится на первую неделю после отмены (80%), остальные (20%) – на 2 неделю.

Отмена БДТ у всех наблюдавшихся пациентов сопровождается усилением тревожной симптоматики, что находит подтверждение в данных шкалы HARS. Значение суммарного балла шкалы HARS возрастает на 25% к 7 дню отмены; в последующем снижается до начального уровня уже к 14-28 дням, в то время как при назначении плацебо пиковое значение суммарного балла шкалы HARS равно 150%. Выявленные различия между группами в отношении экзацербации тревоги от первоначального уровня позволяют предположить, что именно терапия АД позволяет значительно снизить уровень тревоги, ассоциированной с отменой БДТ. Так, по данным шкалы HARS, нарастание тревоги завершается к 7 дню, что соответствует периоду первых эффектов АД при регулярном приеме. Полученные результаты свидетельствуют о возможности назначения селективных антидепрессантов в качестве заместительной терапии при отмене БДТ.



# ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ, ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИИ

## СИСТЕМЫ ЦЕННОСТЕЙ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ

Д.Ю. Александров, И.Е. Булыгина  
Чувашский государственный университет, Чебоксары

Ведущую роль в системе запретов на потребление психоактивных веществ играют жизненные установки и система нравственных ценностей. Данные факторы выступают в качестве внутренних барьеров, препятствующих обращению к наркотикам, даже при наличии характерологических изменений и неблагоприятных социальных условиях с высокой доступностью психоактивных веществ.

Целью работы являлось изучение ценностных установок у лиц, потребляющих наркотики, и «успешных» студентов Чувашского госуниверситета.

Опрошено 60 чел., из них 30 с диагнозом «синдром зависимости от наркотиков» и 30 студентов лечебного факультета Чувашского госуниверситета, успевающих на «хорошо» и «отлично». Средний возраст студентов – 22 года; лиц, потребляющих наркотические вещества, – 31 год. Использованы метод клинической беседы и методика незаконченных предложений, представленная блоками: удовлетворенность жизнью, интересы, ценности семьи и здоровья, отношение с окружающим миром.

40% больных наркоманией воспитывались в неполных семьях, 80% студентов – в полных. Больные наркоманией характеризуют отношения в родительской семье высказываниями: «меня не понимают», «достают», «мешают мне жить». «Успешные» студенты: «мне стараются помочь», «я по сложным вопросам советуюсь с родителями», «беспокоятся за мое будущее».

Анамнестические данные выявили различия в установках респондентов на учебу: «успешные» студенты учились на «4» и «5»; «будущие» наркоманы – на «3».

Опрос по методике незаконченных предложений показал, что 70% больных наркоманией не удовлетворены уровнем жизни, в то время как 75% студентов считают, что их качество жизни достаточное для реализации жизненных планов. Респонден-

ты-наркоманы не представляют перспективы будущего: «что будет, то будет», «оно от меня не зависит», «как сложатся обстоятельства», «а может, повезет». У «успешных» студентов «каждый день приносит новое», «жизнь интересная», «не хватает на все времени».

В ответах по блоку «интересы»: у больных наркоманией преобладают установки на удовлетворение примитивных интересов, таких как секс, наркотики, алкоголь и деньги. Лишь у 25% больных наркоманией прослеживаются установки, связанные с морально-нравственными критериями. У студентов преобладают установки на удовлетворение духовных потребностей, эстетические интересы.

По блоку «ценности семьи» у лиц, потребляющих наркотические вещества, отсутствует принцип автономности, семья для них является «палочкой-выручалочкой», источником средств на покупку наркотиков. Для студентов семья – пример для создания своей семьи. Семья для них «самое главное», «самое дорогое», «поддержка в трудные минуты», «крепость». Среди лиц, потребляющих наркотические вещества, 15% лиц не хотят строить свою семью по примеру семьи своих родителей, среди студентов данный показатель в 2 раза ниже.

У больных наркоманией отсутствует интерес к своему здоровью. Студенты осознают значимость здоровья, поэтому они занимаются спортом, отказываются от вредных привычек. 85% опрошенных студентов не курят, 15% не употребляют алкоголь. Среди наркоманов не курят 10%, алкоголизируются все.

В отношениях с окружающим миром больные наркоманией испытывают затруднения в общении с окружающими без наркотиков или алкоголя. «Быть как все», «отдохнуть по-человечески» – эти выражения говорят о том, что у наркоманов отсутствует принцип автономности, что и является главной причиной образования различных группировок.

Друзья для студентов – это опора, общение, важный элемент жизни. В общении с друзьями они видят удовольствие, источник новой и интересной информации.

Сравнительная характеристика жизненных установок и структура ценностей у лиц, зависимых от наркотических веществ, и «успешных» студентов имеют существенные различия,

что необходимо учитывать при построении программ ранней превенции потребления наркотических веществ.

## АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ КАК ФАКТОР РИСКА СОВЕРШЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЯНИЙ ЛИЦАМИ С ТЯЖЕЛЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

А.В. Баранов, В.В. Абашина, О.С. Ерошина  
Тамбовская психиатрическая больница

Доля химической и алкогольной зависимости среди людей с психическими расстройствами составляет приблизительно 50%, среди психически больных правонарушителей эта цифра достигает 90%. Кроме того, больные, у кого есть двойной диагноз, чаще неоднократно возвращаются в стационары, осуществляющие принудительное лечение.

С целью изучения влияния коморбидной алкогольной зависимости на риск совершения общественно опасных деяний (ООД), а также выявления клинических особенностей алкогольной зависимости, повышающей риск ООД, для прогноза риска совершения ООД было исследовано 93 пациента отделения для принудительного лечения специализированного типа Тамбовской психиатрической больницы. Из них 56 человек (60%) не страдали сопутствующей наркологической патологией (1 группа), у 37 (40%) тяжелое психическое расстройство было осложнено алкогольной зависимостью (2 группа). По большинству социально-демографических показателей обследованный контингент оказался относительно однородным. Отсутствие достоверных различий по этим показателям объяснялось тем, что все пациенты специализированного отделения представляли повышенную социальную опасность и к моменту обследования уже совершили те или иные ООД. Тем не менее, были выявлены различия, заключавшиеся в более глубокой дезадаптации микросоциального окружения респондентов 2 группы, которые достоверно чаще замыкались на злоупотреблении алкоголем, что вытесняло другие интересы, и круг общения у них ограничивался случайными знако-

мыми на почве совместного употребления алкоголя, чаще наблюдались конфликтные отношения с ближайшим окружением.

Анализ клинико-психопатологических показателей свидетельствовал, что по нозологическому составу основного психического расстройства группы были неоднородны. Во 2 группе чаще диагностировались умственная отсталость и органические заболевания головного мозга, преобладали психоорганический и психопатоподобные синдромы. Наиболее важные для реализации целей исследования результаты были получены при анализе показателей, характеризующих уровень риска социально опасного поведения (частота и кратность ООД, интервал рецидива и прочие). Так, во 2 группе чаще наблюдались повторные деликты, была выше кратность ООД и чаще более короткий интервал рецидива. Исследование подтвердило гипотезу о влиянии алкогольной зависимости на риск совершения повторных противоправных поступков.

Увеличение интенсивности противоправной активности на фоне развития алкоголизма свидетельствует о том, что психические расстройства вследствие алкогольной зависимости влияют на социальный вектор поведения этих лиц. Доказано, что алкоголизм у данной категории больных имеет неблагоприятное течение, выявленные особенности алкогольной зависимости можно использовать как маркёр риска социально опасного поведения, поэтому проведение этим лицам лечебно-реабилитационных мероприятий по поводу имеющегося у них наркологического заболевания является важной профилактической мерой по предупреждению совершения ими повторных правонарушений. В период принудительного лечения противоалкогольная терапия наряду с традиционной психофармакотерапией должна вестись с учётом противопоказаний в обязательном порядке.

## НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ ГРАМОТНОСТЬ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

И.Е. Булыгина, А.В. Голенков

Чувашский государственный университет, Чебоксары

Знание основ наркологии для врачей общей практики имеет актуальное значение, что обусловлено высоким уровнем распространенности болезней зависимости среди населения. В структуре пациентов общесоматического профиля достаточно большое количество пациентов, расстройство соматического здоровья которых обусловлено злоупотреблением алкоголем. Данную категорию больных, как правило, лечат неадекватно, купируя лишь «маски», скрывающие алкогольную патологию. В результате больные, зависимые от алкоголя, обращаются в наркологическую службу только тогда, когда сформирована вторая стадия зависимости или возникают расстройства психотического регистра. Данная проблема обусловлена несколькими причинами: недостаточное количество учебных часов, отведенных на преподавание наркологии в курсе изучения психиатрии на пятом курсе медицинского факультета, а также отсутствие в обществе медицинского подхода к наркологической патологии.

Всего обследовано 98 врачей общей практики (94 женщины и 4 мужчины), проходящих обучение в Институте усовершенствования врачей, из них со стажем работы до 10 лет – 22 чел., 10-20 – 16, 20-30 – 43, более 30 лет – 17 чел.

Использовалась оригинальная анкета, состоящая из 10 вопросов, позволяющая получить представления о диагностических критериях зависимого поведения и преодолеть стереотипы «общественной алкогольной анозогнозии».

Результаты опроса в группе врачей со стажем до 10 лет свидетельствовали о более высоком уровне наркологической осведомленности. 27,2% (6 чел.) правильно указали такие признаки зависимости, как изменение толерантности к алкоголю, снижение ситуационного и количественного контроля, личностные изменения. 36,6% врачей (8 чел.) имели опыт взаимодействия с психиатрами-наркологами по поводу терапевтического сопровождения проблемных в плане потребления алкоголя пациентов.

Положительным моментом являлся тот факт, что врачи использовали методики наркологического консультирования больных, злоупотребляющих алкоголем. В этой группе врачей для диагностики зависимости применялись данные как объективного, так и субъективного анамнеза, данные клинического осмотра, результаты биохимических анализов. 18% врачей в качестве психологического диагностического критерия злоупотребления алкоголем назвали скрининговую методику «CAGE». При этом врачи оценили свой уровень наркологической грамотности как недостаточный и рекомендовали в плане приобретения новых знаний включить в тематику обучения вопросы диагностики со-зависимости и реабилитации наркологических больных.

В группе врачей со стажем от 10 до 20 лет уровень наркологической осведомленности был представлен следующими результатами: только 12% (2 чел.) в качестве симптома назвали психическую зависимость, 18% (3 чел.) отметили, что основным симптомом при алкоголизме является белая горячка. 75% (12) врачей не использовали в своей работе методики, направленные на выявление лиц, проблемных в плане потребления алкоголя. Свой уровень знаний по наркологическим проблемам они оценили как достаточный для их врачебной деятельности и в плане повышения знаний считали необходимым расширить тематику занятий по вопросам оказания неотложной помощи при похмелье.

Результаты врачей общей практики со стажем от 20 до 30 лет практически не отличались от результатов врачей со стажем 10-20 лет. Но в качестве необходимых знаний указывали, что хотят получить информацию о лечении алкоголизма и психозов.

Наиболее проблемными в плане наркологической осведомленности являлись врачи со стажем более 30 лет. Для них характерен обывательский подход к проблеме алкогольной зависимости, алкоголизация в их понимании – это не психический компонент, а распущенность, признак асоциального поведения. Данная установка препятствует проведению адекватных превентивных мероприятий, мотивированию больных к раннему и своевременному обращению к специалистам.

# ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ У ВЗРОСЛЫХ ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ РОДИТЕЛЕЙ

С.В. Волкова

Межрайонный наркологический диспансер,  
Новосибирский государственный педагогический университет

В России алкогольная зависимость в последние годы, к сожалению, выходит на уровень приемлемый и даже одобряемый, в отличие от других видов химических и нехимических аддикций. Невзирая на значительную количественную, региональную распространенность алкоголизации современного общества, в изучении психолого-социальных аспектов, а также отсроченных последствий данной проблемы, можно определить «белые пятна». Политика социального отрицания обуславливает множество психологических проблем у аддикта и со-зависимых. Предполагаем, что дисфункциональная (алкогольная) семья является детерминантом преобладания определенных защитных механизмов у взрослых детей больных алкоголизмом отцов, т.к. цель любой психологической защиты – снижение эмоциональной напряженности и предотвращение дезорганизации психики, сознания, поведения. Деятельность медицинского психолога Межрайонного наркологического диспансера предполагает диагностическую, консультативную, коррекционную составляющие, причем в центре внимания как сам аддикт, так и его близкие. Во время пребывания аддикта на стационарном лечении его родственникам предлагается участие (на добровольной основе) в психодиагностических мероприятиях в целях дальнейшего индивидуального и/или семейного консультирования.

В целях выявления особенностей психологических защитных механизмов взрослых детей больных хроническим алкоголизмом отцов, а также «мишеней» для психокоррекционного воздействия были сформированы репрезентативные по составу экспериментальная и контрольная группы. В контрольной группе – взрослые дети здоровых родителей относительно употребления алкоголя. Использованы методики: «Незаконченные предложения» Сакса и Леви, опросник Плучика–Келлермана–Конте (индекс жизненных

стилей) и ряд других. Выделены в порядке убывания наиболее значимые параметры: «отношение к отцу», «отношение к матери», «отношение к семье», «страхи и опасения», «отношение к себе» и т.д. Количественный и качественный анализ ответов выявил: участники экспериментальной выборки негативно оценивают алкоголизацию отца, сам отцовский образ, а также период детства. Собственная личность воспринимается ими как слабая, неуверенная, неблагополучная. Отношения с матерью – на уровне симбиотической связи. Использование метода математической статистики Т-критерий Стьюдента позволяет выявить различия на 99-процентном уровне достоверности между экспериментальной (X) и контрольной (Y) выборками по шкалам: «Регрессия» (X – 39,6; Y – 21,7), «Проекция» (X – 64,3; Y – 43,2). На 95-процентном уровне обнаружены достоверные различия по шкале «Отрицание». Обнаружена тенденция к достоверности различий по шкалам «Вытеснение», «Рационализация» (X – 30,1; Y – 43,9), что может информировать о стремлении не допускать в сознательную сферу элементов фрустрирующей ситуации, подавлять чувства разумом.

Значения более «сложных» защитных механизмов, таких как компенсация и гиперкомпенсация, в (X) выборке ниже значений испытуемых (Y) выборки. Преобладание «примитивных» защит у испытуемых (X) выборки может быть обусловлено влиянием дисфункциональной семьи, т.к. эти виды психологической защиты соответствуют раннему развитию ребенка, и они играют роль спасительной «волшебной палочки» в ситуации фрустрации. Более «взрослые» защиты представлены менее значимо, т.к. они не успевают проявить свою спасительную функцию. Созависимость как вариант приспособления влияет на формирование самовосприятия и внутренней реальности близких к аддикту людей. Взрослые дети алкоголиков испытывают значительные трудности в самораскрытии и самоанализе собственного «Я», что может влиять на процесс реабилитации дисфункциональной семьи.



## СПОСОБЫ ОБЛЕГЧЕНИЯ УТРЕННЕГО СОСТОЯНИЯ ПОСЛЕ ОПЬЯНЕНИЯ У СТУДЕНТОВ

А.В. Голенков, И.Е. Булыгина, А.П. Андреева  
Чувашский государственный университет,  
Республиканский наркологический диспансер, Чебоксары

Выраженное алкогольное опьянение является одним из признаков злоупотребления алкоголем (алкогольной зависимости). Имеется мало сведений о его распространенности и способах облегчения утреннего состояния после опьянения у студентов-медиков.

**Материалы и методы.** Опрошено 180 студентов (юношей – 44, девушек – 136) старших курсов (IV-V) лечебного (90) и стоматологического (90) факультетов Чувашского госуниверситета. Задавалось два вопроса: принимали ли Вы опьяняющие дозы алкоголя, от которых было Вам плохо утром; что Вы делали для облегчения своего состояния. Математико-статистическая обработка проводилась с помощью t-критерия для относительных величин (%).

**Результаты и обсуждение.** Перенесли состояния алкогольного опьянения средней и тяжелой степени в течение жизни 50% опрошенных студентов. Юноши отмечали такое состояние более чем в два раза чаще девушек (81,8 против 39,7% у девушек;  $p < 0,001$ ). Причем такая закономерность прослеживалась как на стоматологическом (100 против 56,9%;  $p < 0,001$ ), так и на лечебном факультете (57,9 против 23,9%;  $p < 0,01$ ). Студенты стоматологического факультета также более чем в два раза чаще, чем лечебники указывали прием опьяняющих доз алкоголя (68,9 против 31,1%;  $p < 0,001$ ); различия сохранялись при сравнении двух факультетов по полу (девушки – соответственно – 56,9 и 23,9%;  $p < 0,001$ ; юноши – 100 и 57,9%;  $p < 0,001$ ).

Свое утреннее состояние после опьянения студенты чаще всего (41,7%) облегчали приемом больших количеств воды и других безалкогольных жидкостей (чай, кофе, соки, молочные продукты). Прибегали к прочим средствам (сон, отдых, физическая работа и др.) – 23,2%, приему болеутоляющих лекарств (аспирин, цитрамон, анальгин и др.) – 6,7%, алкоголя (пиво, ви-

но, водка и виски) – 6,7%, пили рассол – 4,2%, бульоны – 1,7%, использовали «антипохмелин» – 0,8%; не указали средство – 15%. Студенты стоматологического факультета достоверно чаще принимали утром алкоголь (12,9 против 0% у лечебников;  $p < 0,05$ ); в том числе семь юношей (28 против 0% у лечебников;  $p < 0,05$ ) и одна девушка (2,7 против 0%;  $p > 0,05$ ), в сумме от общего числа студентов, испытывавших опьянение, – 8,9%.

Описанные данные убедительно подтверждают результаты нашего предыдущего исследования (Голенков А.В. и др., 2009), согласно которым студенты стоматологического факультета чаще находились в группе риска по развитию алкогольной зависимости (достоверно выше доля систематически и привычно пьющих). Эта разница формировалась главным образом за счет высокой алкоголизации студентов-стоматологов старших курсов, так как на младших курсах обоих факультетов были примерно одинаковыми частотно-количественные показатели потребления алкоголя. К тому же у будущих стоматологов по сравнению со студентами лечебного факультета было больше респондентов, имеющих три и более различных мотива потребления алкоголя.

В опубликованном исследовании (Л. Мирошниченко, 1998) репрезентативной выборке 1400 взрослых москвичей 69% не страдали от «похмелья»; 11% «лечились» традиционными средствами (рассол и др.), 8% отпаивались чаем, водой, 1% – принимали аспирин, болеутоляющие лекарства, 1% – рекламируемые лекарственные средства. 10% опрошенных облегчали свое состояние дозой спиртного.

Таким образом, половина студентов-медиков старших курсов перенесла состояние алкогольного опьянения. Большинство из них облегчают свое состояние традиционными средствами. Однако есть группа студентов (около 7%), которая прибегает к утреннему приему алкогольных напитков. Она, определенно, нуждается в консультации и помощи нарколога.

## ПАТОЛОГИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ТРАНСФОРМАЦИИ НАРКОМАНИЙ

Е.И. Гришина, Л.П. Великанова, Т.Н. Панова  
Астраханская государственная медицинская академия

В общесоматической сети наблюдается рост трудно диагностируемой кардиальной патологии, обусловленной употреблением психоактивных веществ. При появлении феномена трансформации патогномоничные для определенных видов наркомании признаки поражения сердца претерпевают изменения. Все чаще приходится сталкиваться с тем, что в анамнезе пациентов с опишной зависимостью имеется опыт употребления более «мягкого» наркотика (каннабис).

**Цель исследования:** выявить особенности поражения сердечно-сосудистой системы у опиоманов с предшествующим употреблением каннабиса.

**Материалы и методы.** Больные опишной наркоманией 2-й стадии в фазе обострения (средний возраст  $30 \pm 0,75$  года) были разделены на 2 группы: 1-я (61 чел.) – зависимые от опиатов; 2-я (33 чел.) – опиоманы с предшествующим употреблением марихуаны (без формирования болезненного пристрастия).

Больным проводилось общеклиническое обследование, ЭКГ, определялась активность МВ-фракции креатинфосфокиназы (КФК-МВ). В качестве контроля использовалась сыворотка крови 10 здоровых доноров. Для математической обработки данных применялся пакет статистических программ Statistica 6.

**Результаты.** Клинические проявления (боли в области сердца, одышка, отеки) сердечной патологии и результаты физикального обследования (смещение границ сердца влево – 6,6 и 14,7% случаев соответственно), систолический шум (18 и 29%) были более выражены у пациентов 1-й группы

Нарушения сердечно-сосудистой системы, выявленные при ЭКГ (неполная блокада правой ножки пучка Гиса, частичные нарушения внутрижелудочковой проводимости, дистрофические изменения миокарда, гипертрофия правого предсердия), достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) наблюдались также в 1-й группе.

Определение уровня активности КФК-МВ (в 1-й группе –  $51,43 \pm 6,80$  Е/л и  $47,22 \pm 11,07$  Е/л во 2-й группе) выявило тенденцию к его увеличению у пациентов с «чистой» опийной наркоманией, без предшествующего употребления марихуаны.

**Обсуждение результатов.** По данным исследования как в 1-й, так и во 2-й группах обнаруженные нарушения сердечно-сосудистой системы носят компенсированный характер и не выделяются в отдельный кардиологический синдром, не доминируют среди прочей симптоматики и выявляются лишь при целенаправленном исследовании. Полученные клинические данные, а также результаты электрокардиографического и биохимического исследований свидетельствуют о наличии дистрофических процессов в миокарде. Учитывая однородность сравниваемых групп и наличие более выраженных изменений как субъективных, так и объективных показателей у пациентов 1-й группы, не имеющих практики курения марихуаны, можно предположить, что у них быстрее наступает формирование энергетической дефицитарности, что ведет к органической патологии. У этих пациентов выявлена значительно меньшая резистентность сердечно-сосудистой системы к ПАВ. У больных 2-й группы с определенной долей вероятности можно предположить, что марихуана действует как «премедикатор» и удлиняет процесс адаптации к новому уровню гомеостаза, делая его пролонгированным и более мягким.

## СЛУЧАИ ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ АРОМА-СМЕСЯМИ

А.С. Иванов, С.А. Липатников

Республиканский наркологический диспансер,  
Токсикологический центр МСЧ Автозавода, Ижевск

В 2008 г. в г. Ижевске в табачных киосках в продаже появились ароматические смеси под названиями Spice, Fortuna, Zoom и т.д., которые позиционировались производителем как ароматические средства для окуривания помещений. В молодежной среде очень быстро распространилось курение этих смесей, потому что при курении развивается опьянение, похожее на гашишное. Привлекательность этих веществ для молодежи в том, что арома-средства официально к наркотикам не относятся и ле-

гально продаются в розничной торговле. Административно-юридические меры по запрету свободной продажи этих веществ пока на стадии разработки и обсуждения. С лета 2009 г. курение ароматической смеси среди молодежи приобрело массовый характер. Более десятка молодых людей были задержаны сотрудниками ГИБДД за управление автомобилем в состоянии опьянения и доставлены в кабинет наркологического освидетельствования Республиканского наркологического диспансера. При освидетельствовании состояние опьянения было клинически выражено, но вынесено заключение «Состояние опьянения не установлено» (согласно решению Верховного Суда РФ), поскольку опьяняющее вещество при химико-токсикологическом исследовании не было обнаружено.

При поиске информации по данной проблеме в Интернете можно обнаружить массу сайтов по ароматическим смесям (Яндекс, при поиске по слову «Спайс», выдает ссылку более чем на 1000 сайтов). Предлагаются покупка Спайса, доставка на дом, технология приготовления и курения, описываются эффекты опьянения. При этом крупным шрифтом выделяется «ЛЕГАЛЬНО». Доступ к всемирной паутине есть практически у каждого и без возрастных ограничений. Благодаря массивной пропаганде в сети курение ароматических смесей в молодежной среде приобрело характер эпидемии. Появились случаи передозировки.

Анализ подобных случаев по г. Ижевску выявил 9 пациентов в возрасте от 14 до 26 лет, доставленных «скорой медицинской помощью» в городской токсикологический центр с октября по ноябрь 2009 г. Во всех 9 случаях наблюдалась схожая клиническая картина: общая заторможенность, оглушение сознания, сердечно-сосудистые и дыхательные нарушения. В 3 случаях у пациентов наблюдались галлюцинаторные переживания и гиперкинезы после того, как были купированы нарушения жизненно важных функций. Эти пациенты были госпитализированы в токсикологическое отделение, остальным помощь оказывалась в приемном покое. Все пациенты при выписке сообщали, что курили ароматические смеси (Спайс, Маджик и т.д.). Эти ароматические смеси приобретались пациентами «у знакомых» или вполне легально: в табачных киосках города.

За последние несколько месяцев курение арома-смесей, таких как Спайс, широко распространилось в молодежной среде. Каннабиномиметики (JWH-018 и его аналоги), содержащиеся в этих смесях, обладают выраженным психоактивным действием. Их употребление может привести к передозировке и urgentному состоянию, регулярное употребление – к росту толерантности и формированию психической зависимости (коллеги из Дрездена опубликовали в Интернете описание случая психической и физической зависимости при употреблении Спайс-Голд), поэтому арома-смеси, содержащие каннабиноиды (каннабиномиметики), должны быть приравнены к наркотикам и запрещена их продажа.

## АНАЛИЗ НАРКОТИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Т.М. Ильина, И.Е. Булыгина, С.Д. Федорова  
Республиканский наркологический диспансер,  
Чувашский государственный университет, Чебоксары

Антинаркотическая работа в республике является частью социальной политики в сфере здравоохранения населения в целом. Её основу представляет Концепция общественного здоровья, которая строится на следовании определенному управленческому циклу, включающему в себя следующие этапы: оценка наркоситуации, организация и реализация профилактической работы, оценка эффективности профилактической работы.

Широкомасштабная антинаркотическая профилактика всех уровней реализуется с учетом межведомственного и междисциплинарного взаимодействия на основе программно-целевого подхода, которая заложена в следующей нормативно-правовой базе:

– Федеральный закон от 08.01.98 №3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» (в ред. федеральных законов от 25.07.2002 г. №116-ФЗ, от 10.01.2003 г. №15-ФЗ, от 30.06.2003 г. №86-ФЗ, от 01.12.2004 г. №146-ФЗ, от 09.05.2005 г. №45-ФЗ, от 16.10.2006 г. №160-ФЗ, от 25.10.2006 г. №170-ФЗ, от 19.07.2007 г. №134-ФЗ, от 24.07.2007 г. №214-ФЗ, от 22.07.2008 г. №136-ФЗ, от 25.11.2008 г. N 220-ФЗ);

– Закон Чувашской Республики от 7.10.2008 г. №53 «О профилактике наркомании и правонарушений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств и психотропных веществ»;

– Республиканская целевая программа «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту в Чувашской Республике на 2005-2011 годы», утвержденная Постановлением Кабинета Министров от 31.01.2005 г. №15 (в ред. Постановлений Кабинета Министров ЧР от 15.09.2006 г. №233, от 15.02.2007 г. №26, от 12.09.2008 г. №275).

Одним из основных индикаторов мониторинга наркоситуации является показатель смертности от отравления наркотическими средствами. В 2009 г. зарегистрировано 4 случая смертельных отравлений от передозировки наркотическими препаратами, что ниже показателя 2008 г. на 77,8%. (2008 г. – 18 случаев). В Ульяновской области – 15 случаев, в Республике Татарстан – 147, в Оренбургской области – 39.

Следующим направлением мониторинга является сбор данных на основании формы №58-у, утвержденной Приказом Министерства здравоохранения РФ от 29.12.2000 г. «Экстренное извещение об острых случаях химической этиологии». По данным токсикологического мониторинга, медицинская помощь в связи с подозрением на отравление наркотическими средствами оказана в 15 случаях (2008 г. – 22), в связи с подозрением на отравление психотропными препаратами в 150 (2008 г. – 242).

По состоянию на 01.01.2010 г. под наблюдением наркологической службы Чувашской Республики (ЧР) состояло 2385 потребителей наркотических средств, из них 1083 – с установленным диагнозом «наркомания», 1302 – в группе профилактического наблюдения.

Сохранялась тенденция увеличения числа больных наркоманией: в сравнении с 2008 г. выросло на 7,1% (2009 г. – 84,7 на 100 тыс. населения, 2008 г. – 79,1). В сравнении с показателями РФ (252,2) распространенность наркоманий в ЧР в 3 раза ниже, с ПФО – в 2,8 (234,0).

Показатель числа злоупотребляющих в группе профилактического наблюдения оставил 101,8 на 100 тыс. населения

(2008 г. – 90,1). В РФ этот показатель достиг 134,8, в ПФО – 135,6. Среди потребителей наркотических веществ мужчины составили 87,3 (2083 чел.) от общего числа, женщины – 12,7% (302 чел.). Больных наркоманией среди несовершеннолетних не зарегистрировано (РФ – 25,7 на 100 тыс. детско-подросткового населения, ПФО – 8,2). Число злоупотребляющих наркотиками остается на уровне прошлого года – 0,4 на 100 тыс. детско-подросткового населения (РФ – 156,1; ПФО – 76,6).

Показатель первичной заболеваемости наркоманией является индикатором, наиболее чутко реагирующим на изменение ситуации, связанной с уровнем спроса и предложения наркотиков в популяции. В 2009 г. первичная заболеваемость составила 5,9 на 100 тыс. населения (76 чел.), темп прироста к 2008 г. +5,4% (2008 г. – 72 чел., или 5,6). В течение последних пяти лет темп прироста наркомании изменялся: 2005 г. – -44,1%; 2006 г. – -18,2%; 2007 г. – +140,7%; 2008 г. – -13,8%. В Республике Татарстан заболеваемость наркоманией в течение ряда лет в несколько раз превышает показатели по ЧР. Так, в 2009 г. он составил 8,84 на 100 тыс. населения (в 1,5 раза выше).

В 2009 г. впервые заболеваемость наркоманией зарегистрирована в Алатырском – 5,4 на 100 тыс. населения, Вурнарском – 2,5, Канашском – 2,4, Красноармейском – 6,1, Цивильском – 2,6, Чебоксарском – 3,4, Янтиковском районе – 5,6.

Уровень выявляемости потребителей наркотических средств без признаков зависимости уменьшился на 6,3% (-28 чел.) и составил 31,2 на 100 тыс. населения (2008 г. – 33,3).

В структуре потребляемых наркотиков преобладали кустарно приготовленные маковые растворы. 57,3% потребителей наркотических веществ – молодежь в возрасте от 18 до 30 лет (1367 чел.). 80,0% находящихся под наблюдением наркологической службы в связи с немедицинским потреблением наркотиков, не имели определенных занятий (1909 чел.).

Число больных токсикоманией на 01.01.2010 г. составило 36 человек, или 2,8 на 100 тыс. населения, что меньше показателей за 2008 г. на 7,6% (39 человек, или 3,0). 43,8% потребителей токсических веществ – дети и подростки, основная часть из социально неблагополучных семей. Высокие показатели распространенности токсикомании регистрировались в Чебоксарском



(5,1 на 100 тыс. населения), Канашском (4,8) районах, в которых показатели заболеваемости отличались от среднереспубликанского (2,8) в 1,8 и 1,7 раза соответственно.

Число медицинских освидетельствований на состояние наркотического опьянения за 2009 г. составило 2021, что на 27,0% больше, чем за 2008 г. (1591 экспертиз), из них 1609 положительных результатов, или 79,6%.

В 2009 г. стационарно пролечен 221 больной наркоманией (АППГ – 196), из них анонимно – 45 чел. (АППГ – 37).

Планомерная комплексная работа, проводимая в республике, позволила достичь целевых индикаторов реализации программы. Доля больных наркоманией, обратившихся за помощью на ранних стадиях заболевания, увеличилась с 12,6 в 2005 г. до 13,2% в 2009 г. Смертность потребителей наркотических средств от передозировки, по итогам 2009 г., составила 0,31 на 100 тыс. населения (до реализации программы – 0,37).

## О РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ГАШИШНЫХ ПСИХОЗАХ

Г.Ф. Колотилин, И.П. Логинов

Дальневосточный государственный медицинский университет,  
Хабаровск

Проблемы психотических расстройств вследствие потребления каннабиноидов остаются чрезвычайно актуальными, так как существующее положение прогибиционизма многие исследователи пытаются расширить возможностью доступа к употреблению препаратов конопли без криминальных последствий для потребителя (Dewcey-Taylor, 2003; Glevine, 2006).

Хабаровский край, особенно район Приамурья, является благоприятным для произрастания и созревания дикорастущей наркотической конопли. Это повышает требования к разностороннему изучению острых психозов, спровоцированных хронической гашишной интоксикацией (F12.50-F12.55 по МКБ-10).

**Цель исследования:** разобрать на клинических примерах возможность развития при каннабиноидной зависимости не только личностные и поведенческие отклонения, но и формирование рецидивирующих гашишных психозов.

**Материалы и методы.** Изучена психопатологическая структура острых психотических состояний у 28 больных с каннабиноидной зависимостью, поступивших на стационарное лечение в отделения краевой психиатрической больницы г. Хабаровска с 2004 по 2009 г.

**Результаты обсуждения.** Среди обследованных больных установлены повторные (у 12 больных, 42,8%) острые психотические состояния на фоне хронического потребления препаратов конопли. Это свидетельствует о прямой связи возникновения психотических состояний повторно при условиях гашишной абстиненции, которой предшествовало интенсивное употребление высоких доз гашиша. Дозировки каннабиноидов удерживались на уровне наибольшей толерантности по принципу плато и только в этом состоянии возникали острые психозы.

Клиническая структура психотических состояний была похожа на классический синдром Кандинского–Клерамбо с высокой интенсивностью звучания слуховых обманов: больные затыкали уши, просили «снизить звук», приходили в психомоторное возбуждение от силы галлюцинаторных переживаний. При этом преобладали истинные вербальные галлюцинации, хотя на их фоне присутствовали и псевдогаллюцинации. Уровень бредовых идей воздействия носил характер чувственного бреда, нежели систематизированного. В связи с остротой состояния не успевала происходить его систематизация. Психотическое состояние удерживалось в течение 3-5 дней и компенсировалось при параллельном проведении дезинтоксикационной терапии. Критика после перенесенного психоза возникала быстро и была достаточно высокой со ссылкой на курение каннабиса. Симптомов шизофренического негативного спектра установить не удавалось. Они не выявлялись и при катамнестическом обследовании. Напротив, сохранялась активная направленность на решение внешних эмоционально-значимых ситуаций и достижение жизненных потребностей при достаточно активном общении с окружающими, как это свойственно другим зависимостям. В достаточной мере восстанавливались трудоспособность и семейные отношения, в которых они продолжали сохранять лидерство.

Таким образом, динамика наблюдаемых нами психотических состояний дает основание считать, что острые галлюцинаторно-параноидные состояния, возникающие в рамках выраженной каннабиноидной зависимости, во второй стадии не являются доказательством однозначного отнесения их к шизофреническому процессу.

## ИССЛЕДОВАНИЕ СКЛОННОСТИ К ЗАВИСИМОМУ ПОВЕДЕНИЮ У РОДИТЕЛЕЙ НАРКОЗАВИСИМЫХ

А.Ф. Минуллина

Татарский государственный гуманитарно-педагогический университет, Казань

Актуальность проблемы формирования зависимых форм поведения очевидна. В попытке выделить факторы, способствующие возникновению и закреплению зависимого поведения, ученые все чаще обращаются к анализу личностных и поведенческих характеристик родителей, близких родственников наркозависимых. Причем эти характеристики рассматриваются и как один из факторов наркотизации подростка, так и как фактор, препятствующий процессу реабилитации аддиктивного поведения.

Данное исследование велось в рамках концепции зависимой личности и расстройств зависимого поведения В.Д. Менделевича. Согласно данной теории, любое поведение, характеризующееся признаками зависимости, имеет не внешнее, а внутреннее происхождение. «Индивид становится зависимым от чего-либо, или кого-либо не в силу давления или принуждения извне, а благодаря готовности подчиняться, жажды того, чтобы им руководили и вели по жизни».

Таким образом, в основе зависимого поведения лежат доблезненные личностные особенности, в силу которых у индивида и сформировалась зависимость.

Склонность к зависимому поведению исследовалась с помощью методики В.Д. Менделевича «Склонность к зависимому поведению». В исследовании участвовали наркозависимые (60 чел. в возрасте от 16 до 25 лет) и их родители (60 чел. в возрасте от 35 до 55 лет). Контрольную группу составили учащиеся и

студенты в возрасте 16-18 и 17-25 лет (60 чел.) и их родители (60 чел).

Результаты интерпретировались как признаки тенденции, признаки повышенной тенденции и признаки высокой вероятности формирования зависимости.

В процентном соотношении по признакам склонности к наркотической зависимости преобладали родители наркозависимых (96); выраженность данного показателя отмечался у 18% подростков контрольной группы и у 9% их родителей. Признаки высокой вероятности у всех четырех групп отсутствуют.

Наибольшее количество испытуемых, имеющих по всем параметрам склонность к зависимому (наркотическому) поведению, отмечается у родителей наркозависимых. При сравнении результатов родителей в обеих исследуемых группах можно заметить, что у родителей наркозависимых показатели склонности к зависимому поведению имели достоверно более высокие значения по всем параметрам ( $t=3,89$ ;  $p < 0,001$ ) по сравнению с результатами родителей контрольной группы. При сравнении с результатами контрольной группы отмечаются более высокие показатели склонности к наркотической зависимости у подростков.

Таким образом, склонность к зависимому поведению у родителей экспериментальной группы выше, чем у родителей контрольной группы. Это подтверждает встречаемые в научной литературе данные о наличии алкоголизма и других аддиктивных форм зависимого поведения у одного или обоих родителей и дает основание утверждать, что в семьях наркозависимых существует устойчивый паттерн зависимого поведения, транслируемый родителями в процессе воспитания и создающий условия для формирования зависимой личности.

## КОМОРБИДНОСТЬ ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ И АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

С.А. Новиков

Рязанский государственный медицинский университет

Алкогольная зависимость (АЗ) является ведущей формой наркологической патологии в нашей стране. Учётная распро-

странённость алкогольных расстройств в Российской Федерации составляла в 2008 г. 1920 случаев на 100 тыс. населения, т.е. около 2% общей популяции (Кошкина Е.А., 2009). По данным зарубежных авторов, 60% популяции употребляют алкоголь, а 7-10% страдают АЗ (Echeburua et al., 2005).

Среди пациентов с АЗ распространён феномен коморбидности, согласно которому у одного пациента может диагностироваться несколько психических расстройств, находящихся между собой в сложной причинно-следственной связи (Корнилова Т.В., 2004). Многие исследователи отмечают частое сочетание АЗ с личностными расстройствами (Короленко Ц.П., 2010; Смулевич А.Б., 2009; Тальникова Е.С., 2006; Мищенко Л.В., 2004; Филоненко Е.В., 2006; Гуревич Г.Л., 2007; Echeburua et al., 2007). Согласно исследованию, проведённому А.А. Чуркиным (2000), личностные расстройства в нашей стране выявляются у 8,2% людей, не обращающихся за медицинской помощью. По данным зарубежных авторов, это количество колеблется от 11,1 до 15% (Lenzenweger M.F., 2006; Torgersen S., 2005). Среди пациентов, обращающихся за психиатрической помощью, 20-50% удовлетворяют критериям одного или нескольких личностных расстройств (Girolamo G., 1993). Таким образом, личностная патология является достаточно распространённым явлением как среди пациентов, обращающихся за психиатрической помощью, так и в общей популяции.

Распространённость личностных расстройств у пациентов с АЗ, по данным разных авторов, наблюдается от 22-40 (Grant et al., 2004; Echeburua et al., 2005) до 58-78% (Nurnberg et al., 1993; Morgenstern et al., 1997). В то же время достаточно разнородные данные получены относительно распространённости того или иного расстройства личности у пациентов с АЗ. Одни исследователи утверждают, что наиболее распространёнными личностными расстройствами у пациентов с АЗ являются зависимое и истерическое расстройства личности (De Jong et al., 1993; Grant et al., 2004). Echeburua et al. (2005) отмечают наибольшую распространённость зависимого, параноидного и обсессивно-компульсивного личностных расстройств. Другие исследователи описывают наибольшую распространённость параноидного (Nurnberg et al., 1993), пограничного (Powell and Peveler, 1996), антисоциального

(Grant et al., 2004; Morgenstern et al., 1997), нарциссического и избегающего (Pettinati et al., 1999) личностных расстройств. Таким образом, единого мнения о распространённости личностных расстройств в популяции пациентов с АЗ нет.

Согласно литературным данным, развитие АЗ на фоне личностной патологии приводит к взаимному утяжелению клинического течения обоих заболеваний, следовательно, к ухудшению прогноза для пациента и возникновению проблем при лечении таких пациентов (Casey, 1996; Cacciola, 1996).

**Выводы.** АЗ, личностные расстройства, а также их сочетание достаточно распространены в популяции. Данные о представленности различных личностных расстройств в популяции пациентов, страдающих АЗ, разнятся. Коморбидность АЗ и личностной патологии значительно ухудшает течение и прогноз обоих заболеваний, а также осложняет лечение таких пациентов.

## ЛИЧНОСТНЫЕ И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ, СКЛОННЫХ К ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЮ ПИВОМ

М.В. Руднев, В.Г. Заика  
Ростовский медицинский университет

Массовое потребление пива подростками начинается в среднем в 12 лет. Доля злоупотребляющих спиртными напитками в школах составляет 15,7%, в ПТУ – 24,4, в техникумах и колледжах – 33,7, в вузах – 32,4% (Егоров А.Ю., 2002, Ковалев А.А., 2007). Актуальность изучения особенностей пивного алкоголизма во многом обусловлена отсутствием единства взглядов у врачей-интернистов и психиатров-наркологов на данную проблему в целом.

Целью работы являлось изучение особенностей формирования патологического влечения к алкоголю у лиц, злоупотребляющих пивом, в зависимости от возраста и характерологических черт личности.

Лица, злоупотребляющие пивом, выявлялись при непосредственном обращении пациента за медицинской помощью к врачу-наркологу, а также с использованием специально разрабо-

танной анкеты – опросника для выявления лиц, часто употребляющих пиво.

Исследовано 42 больных (основная группа), из них 30 человек с переходной 1-2 стадией алкоголизма и 12 – лица со 2 стадией алкоголизма (по классификации Н.Н. Иванца, 1975). Возраст обследуемых от 18 до 44 лет. Среди них было 17 мужчин (40%) и 25 женщин (60%). Контрольная группа состояла из 21 здорового испытуемого (отсутствие сведений об употреблении психоактивных веществ и алкогольных напитков в анамнезе) той же возрастной категории.

Подавляющее большинство обследованных (39 чел., 93%) ранее не обращались за специализированной медицинской или психологической помощью для лечения зависимости. При заполнении анкеты-опросника опрашиваемые отвечали, что не считают себя алкоголиками, а «пьют как все».

Пивной алкоголизм достоверно чаще встречался в более молодом возрасте. Так, подавляющее большинство лиц, составляющих основную группу, были в возрасте от 18 до 25 лет – 36 человек (86%). В этой возрастной группе употребление алкоголя носило периодический характер с чередованием «псевдозапоев» с периодами относительного воздержания. В более старшем возрасте наблюдался смешанный тип потребления алкоголя, когда на фоне постоянного пьянства отмечались периоды его усиления с употреблением спиртного в максимальных дозах. Лица со смешанным типом потребления алкоголя отличались более высокими максимальными дозами потребления пива в течение суток, в среднем более 2,5 литра, тогда как лица с периодическим типом потребления спиртного в среднем употребляли до 2 литров пива в сутки.

Исследование личностных особенностей при помощи СМИЛ у страдающих пивным алкоголизмом обнаружило преобладание гипертимного (43%) и эпилептоидного (29%) типов. В контрольной группе эти характерологические особенности составили соответственно 14 и 19%. У здоровых испытуемых преобладали эмоционально лабильные черты – 52%.

Таким образом, исследование позволило выявить особенности характерологических черт личности у больных пивным алкоголизмом. Обнаружено, что среди лиц с пивным алкоголизмом

доминируют гипертимные и эпилептоидные типы личности, в то же время для здоровых испытуемых характерно преобладание эмоционально-лабильных черт личности. Пивной алкоголизм распространен преимущественно среди лиц молодого возраста, практически в равной степени среди мужчин и женщин. Большинство испытуемых с алкогольной зависимостью от приема пива никогда ранее не обращались за специализированной медицинской или психологической помощью, не считали это заболеванием. Эти факты приобретают особое значение для прогноза демографической ситуации и здоровья будущего потомства.

### НОВЫЙ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЛАТЕНТНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ В УПОТРЕБЛЕНИИ НАРКОТИКОВ

Е.Ю. Тетенова, А.В. Надеждин, А.Ю. Колгашкин, М.В. Федоров  
Национальный научный центр наркологии, Москва,  
Информационно-публицистический ресурс  
«Нет наркотикам», Москва

По данным Фонда «Общественное мнение», в России наблюдается постоянный рост аудитории Интернета. За шесть лет наблюдений (с 2002 по 2008 г.) она значительно увеличилась и составляет 29% от населения страны (опросы «Интернет в России/Россия в Интернете»). По последним данным компании ComScore, Россия стала лидером среди европейских стран по годовому приросту Интернет-пользователей. Инициативный всероссийский опрос, проведенный Всероссийским центром изучения общественного мнения в сентябре 2009 г., показал, что глобальную компьютерную сеть использует примерно каждый третий россиянин (32%), более того, по сравнению с 2006 г. в три раза увеличилась доля тех, кто обращается к ней ежедневно (с 5 до 15%). Ежедневный пользователь сети Интернет – это, как правило, житель Северо-Западного округа (27%), Москвы и Санкт-Петербурга и крупных городов (22-25%), мужчина (17%), в возрасте от 18 до 24 лет (36%), высокообразованный и материально обеспеченный (28 и 22% соответственно), а также учащийся (47%). Указанный контингент пользователей Интер-



нета в нашей стране близок по основным характеристикам к популяции лиц, допускающих употребление наркотиков. Следовательно, глобальная компьютерная сеть представляет собой перспективную среду для изучения целого ряда тенденций, отражающих распространение наркотиков в обществе и поведение их потребителей.

Кроме того, по данным статистического сервиса «RUMетрика» российской информационно-поисковой системы Rambler (от 03.12.09), наркомания остается одной из ключевых проблем, прирост числа запросов, касающихся химической зависимости, по отношению к октябрю 2008 г. составил 283%.

Одним из эффективных инструментов сбора первичной информации в сети Интернет являются Интернет-опросы. Несмотря на то, что в нашей стране распространение сетевых технологий все еще отстает от некоторых промышленно развитых стран, опросы пользователей русскоязычного сегмента сети по вопросам наркотизма представляется перспективными по целому ряду причин.

Во-первых, феномен потребления наркотиков, как и распространение сетевых технологий, в большей степени свойственен городам.

Во-вторых, пользователями сетевых технологий являются преимущественно несовершеннолетние, лица молодого и среднего возраста, что соответствует возрастным группам, в которых максимально представлено употребление наркотиков.

В-третьих, затраты на Интернет-опросы существенно ниже, чем на традиционные социологические исследования.

В-четвертых, технология Интернет-опроса позволяет отслеживать ситуацию с результатами в режиме реального времени.

В-пятых, Интернет-опросы способны обеспечить большой охват проблемной аудитории, что позволяет получать результаты, которые можно экстраполировать на генеральную совокупность исследуемой популяции.

Как показывает наш опыт, проведение Интернет-опросов в компьютерной сети является чувствительным индикатором современных тенденций в распространении наркотизма в нашей стране. Более того, Интернет-опросы незатратны, позволяют оперативно опросить большое количество людей, их аудиторию

составляют те возрастные группы населения, в которых максимально распространено потребление наркотических средств, что подтверждается мнением большинства зарубежных социологов.

## МОНИТОРИНГ СИТУАЦИИ, СВЯЗАННОЙ С ПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ В ЧУВАШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

С.Д. Федорова, И.Е. Булыгина, М.А. Чепурной  
Республиканский наркологический диспансер,  
Чувашский государственный университет, Чебоксары

Результатом проведения органами исполнительной власти Чувашской Республики, органами местного самоуправления, учреждениями здравоохранения мероприятий по реализации Указа Президента Чувашской Республики от 04.12.2002 г. №137 «О дополнительных мерах по усилению контроля за потреблением алкоголя, профилактике алкоголизма и пьянства» явилась стабилизация наркологической напряженности в республике, о чем свидетельствуют результаты мониторинга, проведенного на основе интегрированного количественного анализа.

Среди прямых алкогольных потерь наиболее значительное место занимает смертность от острых отравлений алкоголем. Данный вид алкогольсассоциированной смертности непосредственно обусловлен и прямо зависит от потребления алкоголя, поэтому данный показатель является критерием, отображающим уровень алкогольной нагрузки в популяции.

По данным республиканского бюро судебной медицины, доля умерших от отравлений алкоголем и его суррогатами в 2009 г. снизилась на 15% (87 чел.) и достигла 494 чел. (в 2008 г. – 581 чел.), что составило 61,9% в структуре умерших в целом от отравлений (РФ – 69%).

По данным токсикологического мониторинга Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Чувашской Республике, количество отравлений спиртосодержащей продукцией по сравнению с 2008 г. уменьшилось на 205 чел. (8,7%) (2009 г. – 2138; 2008 г. – 2343).

В 12 районах отмечено снижение числа отравлений алкоголем и его суррогатами, особенно отчетливо данная тенденция прослеживалась в Вурнарском районе, где снижение отмечено на 32,1% (2009 г. – 38, 2008 г. – 56), в Марпосадском – на 35,8 (2009 г. – 34, 2008 г. – 53), Цивильском – на 68,2 (2009 г. – 20, 2008 г. – 63), в г. Новочебоксарск – на 17,1% (2009 г. – 92, 2008 г. – 111).

В то же время в г. Чебоксары зафиксировано увеличение числа отравлений алкоголем и его суррогатами на 10,4% (2009 г. – 831; 2008 г. – 753), в г. Канаш – на 211,1% (2009 г. – 28; 2008 г. – 9), в Моргаушском районе – на 25 (2009 г. – 35; 2008 г. – 28), Ядринском – на 433% (2009 г. – 16; 2008 г. – 3).

Показатель первичной заболеваемости алкогольными психозами в течение последних трех лет имел тенденцию к снижению: в 2007 г. составил 19,7 на 100 тыс. населения, в 2008 г. – 19,6, в 2009 г. – 16,6. По сравнению с 2007 г. в 2009 г. произошло его снижение на 15,7%, что свидетельствовало о достаточно высоком уровне мероприятий по превенции. Данный показатель ниже показателя заболеваемости алкогольными психозами РФ в 2,5, ПФО – в 2,4 раза.

В разрезе районов ЧР снизился показатель заболеваемости алкогольными психозами в 13 территориях. Особенно резкое его снижение зарегистрировано в Канашском – на 33,8% (с 21,6 до 7,3), Комсомольском – на 49,6 (с 14,5 до 7,3), Марпосадском районе на 66,7 (с 11,4 до 3,8), в г. Канаш – на 66,1% (с 12,7 до 4,3). Впервые в 2009 г. ни в одном районе ЧР не было увеличения числа больных, перенесших психозы.

Ситуация, связанная с заболеваемостью алкогольными психозами среди женщин, имела тенденцию к улучшению. В структуре лиц, перенесших алкогольные психозы, женщины составили 15,3% (55 чел.) В 2009 г. доля женщин, перенесших алкогольные психозы, уменьшилась на 43,3% (с 97 до 55 чел.). Среди женщин, перенесших алкогольные психозы, сельчанок – 23,7, горожанок – 76,3%. Максимальный уровень алкогольных психозов среди женщин зарегистрирован в Ибресинском, Шумерлинском районах и г. Чебоксары, в которых распространенность психозов в 3 и 2 раза выше среднереспубликанского уровня.

Среди лиц, перенесших алкогольный психоз, по-прежнему сохранился высокий удельный вес неработающего населения

(2005 г. – 79,0; 2008 г. – 86,7, 2009 г. – 82,9%). 63,7% из них не работали больше 3 лет, 30% выезжали на кратковременные работы за пределы республики. В структуре больных, перенесших алкогольный психоз, преобладали лица с низким образовательным статусом, их доля составила 70,1%. Лица, перенесшие алкогольные психозы, – это лица трудоспособного возраста от 40 до 59 лет, их удельный вес равен 58,2%.

Число впервые зарегистрированных больных с алкогольной зависимостью в 2009 г. составило 119,9 на 100 тыс. населения, что на 18,5% меньше показателя 2008 г. (147,2). Заболеваемость алкоголизмом наиболее высока в г. Шумерля (207,7), она превышала среднереспубликанские показатели в 1,7 раза. В разрезе сельских районов максимальное число выявленных больных наблюдалось в Ибресинском (195,4), Яльчикском (194,5), Козловском (181,4) районах, что свидетельствовало о реальном межведомственном подходе к вопросам профилактики наркологической патологии.

В республике общее число лиц, употребляющих алкоголь с вредными последствиями без сформировавшейся зависимости, составило 11855 чел.

Важнейшими показателями социального ущерба, наносимого алкоголем, являлись данные о количестве преступлений, связанных с алкогольным опьянением, так как опьянение повышает риск агрессивного и криминального поведения. Данные МВД подтвердили позитивные тенденции, наметившиеся в ситуации, связанной с потреблением алкоголя в республике. Количество преступлений, совершенных в состоянии алкогольного опьянения, сократилось с 2225 до 1714 (-23%), их доля уменьшилась с 15,3 до 11,9% (по РФ – 13,0, по ПФО – 17,2%).

Количество преступлений, совершенных в быту в состоянии алкогольного опьянения, снизилось на 34,6% (с 1022 до 668).

Положительные тенденции в динамике ситуации, связанной с неблагополучием в детско-подростковой среде, достигнуты в результате системного этапного подхода к превенции в среде несовершеннолетних и внедрения позитивной наркопрофилактики, направленной на формирование здорового жизненного стиля, поведенческих стратегий и личностных ресурсов.

За последние три года в республике не зарегистрировано случаев заболеваемости алкогольными психозами среди несовершеннолетних (по РФ – 0,9 на 100 тыс. детско-подросткового населения). В 2009 г. число несовершеннолетних, имеющих проблемы с потреблением алкоголя, зарегистрированных наркологической службой, снизилось на 1,7% с 709 чел. (2008 г.) до 696 чел. (2009 г.). Отмечено снижение количества беспризорных среди несовершеннолетних на 9,1% (с 898 чел в 2008 г. до 816 в 2009 г.).

В результате внедрения принципа межведомственного и межсекторального партнерства в решение проблем детского неблагополучия число семей, находящихся в социально опасном положении, снизилось на 9,8% и по итогам 2009 г. составило 1822 семьи (2008 г. – 2021).

Стабилизация ситуации, связанной с потреблением алкоголя в республике, стала возможной в результате внедрения в работу по превенции потребления психоактивных веществ, принципов системной организации профилактики, основанной на реализации программно-целевого подхода.

## САМООЦЕНКА СВОЕГО «Я» У ЖЕНЩИН, ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ

С.И. Яковлева, А.Н. Индейкина, И.Е. Булыгина  
Чувашский государственный университет, Чебоксары

В основе мотивации потребления алкоголя ведущую роль играет нарушенная структура личности. К факторам индивидуально-психологического риска относятся: инфантильность, внушаемость, подражательность, прогностическая некомпетентность, ригидность и упрямство, наивность, простодушие и чувственная непосредственность, любопытство и поисковая активность, максимализм, эгоцентризм, нетерпеливость, яркость воображения, впечатлений и фантазий, склонность к риску, страх быть покинутым.

Мы исследовали клинико-психологические особенности самооценки своего «Я» у здоровых женщин и женщин, зависимых от алкоголя. Анкета включала в себя следующие блоки: семейная жизнь, материальные, личностные качества, самосовершен-

ствование, общечеловеческие удовольствия, социально-статусные, активная жизнь, труд, общение. Всего опрошено 117 чел., из них 27,5% женщин, страдающих алкогольной зависимостью и проходящие лечение в наркологическом диспансере. Контрольную группу составили здоровые в плане зависимого поведения женщины (72%).

Установлено, что для лиц, страдающих алкоголизмом, значимыми ценностными блоками являются «семейная жизнь», «материальные ценности», «личностные качества». Значимым блоком в обеих группах ценностей является семья. Для женщин, зависимых от алкоголя, ценности, связанные с семьей, представляют собой социально-психологический барьер реализации. Алкоголезависимые женщины осознают, что без поддержки семьи им будет трудно реализовать себя в обществе, семья рассматривается ими как средство достижения собственного блага. Приоритетами алкоголиков являются узколичностные ценности, связанные с удовлетворением от присущего им образа жизни: материальные блага, увлечения, удовольствия от жизни. Необходимо отметить, что труд у пьющих женщин находится на 9 месте, у здоровых на 10. Это заставляет задуматься о том, что в нашем обществе действуют факторы, предрасполагающие к развитию аддиктивного поведения.

Анкетирование с использованием метода незаконченных предложений свидетельствует, что у здоровых женщин самооценка высокая, выше среднего уровня, средняя. Человек с оптимальной самооценкой (высокий уровень и выше среднего) заслуженно ценит себя, доволен собой, а также уважает себя (средний уровень), но знает свои слабые стороны и стремится к самосовершенствованию, саморазвитию.

Самооценка у алкоголиков неадекватная – чрезмерно завышенная или слишком заниженная. На основе неадекватно завышенной самооценки у человека возникает неправильное представление о себе, идеализированный образ своей личности и возможностей, своей ценности для окружающих. Восприятие реальной действительности искажается, рациональное зерно оценки выпадает полностью. Заниженная самооценка приводит к неуверенности в себе, невозможности реализовать свои способности. Такие люди не ставят перед собой труднодостижимых

целей, ограничиваются решением обыденных задач, слишком критичны к себе. Результаты уровня самооценки представлены в таблице.

Результаты самооценки, %

Здоровые	Алкоголезависимые
Высокая – 17	Высокая – 33
Выше среднего – 52	Средняя – 0
Средняя – 24	Низкая – 60
Низкая – 0	Очень низкая – 7

Таким образом, результат обследования здоровых личностей связывается с положительными аспектами образа «Я», его адекватностью и интерпретируется как удовлетворенность собой, восприятие себя как личности, осознание как носителя социально желательных характеристик. Неадекватность образа «Я» на эмоциональном, когнитивном, поведенческом уровне является индикатором неспособности человека гармонично функционировать в социальной среде.

Понимание образа «Я» больных не только имеет теоретическое значение, но и позволяет глубже проникнуть в личностные механизмы зависимости, а также развить психотерапевтические подходы в реабилитационных программах.

## **ТЕРАПИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ЗАВИСИМОСТЕЙ**

### **РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ – ОСНОВНОЙ ФАКТОР ЭФФЕКТИВНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ**

И.Е. Булыгина, Л.Г. Дорофеева, Н.Н. Емельянова  
Чувашский государственный университет,  
Республиканский наркологический диспансер, Чебоксары

Приоритетным направлением деятельности наркологической службы Министерства здравоохранения и социального развития Чувашии является не только совершенствование системы раннего выявления, диагностики, лечения и реабилитации наркологической патологии, но и участие в рамках внутриведомственного

взаимодействия в создании новой социальной модели здоровья, которая направлена на формирование здорового образа жизни.

В соответствии с федеральными нормативными документами и указами Президента Чувашской Республики реализуются мероприятия 10 республиканских целевых программ, предусматривающих снижение отрицательного воздействия основных детерминант на здоровье человека, формирование отношения к здоровому образу жизни как к личному и общественному приоритету, ответственному отношению к своему здоровью и состоянию окружающей среды.

В рамках федеральной программы «Здоровье» организована система обучения населения, основными задачами которой являются мотивирование граждан к личной ответственности за свое здоровье, динамическое наблюдение за группами риска, мониторинг показателей здорового образа жизни, внедрение современных медико-профилактических технологий в деятельность учреждений здравоохранения.

Реализация широкомасштабной антинаркотической профилактики всех уровней обеспечивается с учетом межведомственного и междисциплинарного взаимодействия на основе программно-целевого подхода.

Технологии профилактики среди целевых групп населения реализуются специально обученными специалистами. В республике проведен обучающий семинар для субъектов профилактики по теме «Аддиктология» на базе института усовершенствования врачей с выдачей удостоверения.

Значимым моментом в организации профилактической работы среди детей и несовершеннолетних является учет формирования отношения к психоактивным веществам (ПАВ) в разные возрастные этапы. Так, 10-12-летних интересует все, что связано с наркотиками – их действие, способ употребления. Поэтому при работе с данной возрастной категорией нельзя стимулировать интерес к ПАВ. В 12-14 лет ведущим мотивом потребления является «любопытство», «как все». В 14-16 лет по отношению к наркотикам и ПАВ формируется три группы: неопределившие своего отношения, радикальные противники (употребление наркотиков – признак слабости и неполноценности), употребляющие и сочувствующие. Для эффективности профилактики необхо-



димо стимулировать волонтерское движение. В республике работают 600 волонтеров, объединенных в 74 команды.

Вся технология превенции, проводимая в республике, базируется на основе технологий позитивной наркопрофилактики, которая акцентирует внимание на феномене ответственного ценностного самоопределения человека как реального барьера наркотическому влиянию и необходимости организации процессов ценностного самоопределения в рамках профилактики. Данная технология использует потенциал социально-поддерживающей среды, обеспечивающей нормальное развитие человека, помощь и поддержку ему в сложных жизненных ситуациях.

Современное представление о профилактике предусматривает профилактику любых форм девиантного поведения у всех без исключения. Как для предупреждения инфекционных заболеваний делаются профилактические прививки, так и для предупреждения аддиктивного поведения необходимо специальное вмешательство. Современную стратегию профилактики часто называют психосоциальной иммунизацией. Позитивная профилактика ориентируется не на патологию, а на нормативное функционирование личности в обществе на потенциал психического здоровья.

В рамках данной стратегии превенции наркологической службой реализуются программы профилактической работы с семьями несовершеннолетних, программы для детей младшего школьного возраста, программы для несовершеннолетних, программы обучения специалистов, работающих с детьми. Наиболее интересными являются:

– «Азбука волшебных шагов к здоровью», направленная на формирование личностных ресурсов и навыков здорового образа жизни, на воспитание активной жизненной позиции, способности реализации своего «Я» без ПАВ. В течение трех лет данной программой охвачено 320 детей и 450 семей, находящихся в социально опасном положении;

– «Мать, дитя и будущее нации» направлена на поддержание нормативного жизненного стиля воспитания в семье. Данной программой охвачено 1023 чел., в том числе родители детей «группы риска» в плане потребления ПАВ (243 чел.);

– «Здоровая семья – здоровые дети». Имеет межведомственный характер и направлена на формирование отказа от употребления ПАВ путем совершенствования межличностных отношений в системе «родитель–ребенок».

## АНТРОПОЦЕНТРИЧЕСКИЙ ПОДХОД К КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЛИЦ С НЕХИМИЧЕСКИМИ ЗАВИСИМОСТЯМИ

В.В. Иванченко, И.В. Боев  
Ставропольская медицинская академия

Патологическая страсть к игре все больше превращается в гемблинг-эпидемию, участники которой преимущественно рассматриваются с позиций нозоцентризма, в отличие от предлагаемой нами антропоцентрической оценки больных.

**Цель исследования:** подвергнуть дифференциальной психодиагностике лиц с проявлениями гемблинга и объективизировать эффективность комплексной амбулаторной терапии или в условиях дневного стационара.

**Материалы и методы.** Обследовано 216 испытуемых в возрасте от 18 до 40 лет с нехимическими зависимостями с использованием клинических, личностных и проективных методик. Контрольная группа состояла из 70 лиц того же возраста, всего 286 испытуемых, которые были дифференцированы на личностные психотипы – с шизоидной, циклоидной, истероидной и эпиплептоидной структурой. Методы терапии включали психобиологическую коррекцию патологического поведения и психофармакотерапию. Больные получали нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы. Для объективизации сравнительной эффективности комплексной психотерапии и психофармакотерапии до и после амбулаторного лечения или в условиях дневного стационара применялись клинико-фармакологические, патопсихологические и психофизиологические методы.

Полученные результаты исследования на достоверном уровне выявили принадлежность испытуемых к конкретным личностным психотипам, из которых лишь 31 человек располагался в диапазоне психологической нормы, 145 – в диапазоне пограничной аномальной личности (ПАЛ), 40 испытуемых относи-

лись к диапазону расстройств личности (РЛ). У 129 представителей диапазона ПАЛ обнаружена коморбидность к органической и психонейроэндокринной предрасположенностям, а наложение фрагментарных, abortивных и транзиторных психопатологических расстройств выявлено у 56 лиц. У всех представителей РЛ отмечалась органическая предрасположенность. Результаты проводимой амбулаторной психобиологической коррекции поведения 2 раза в неделю в сочетании психотерапией в течение 3-4 месяцев достоверно подтвердили на сравнительном материале большую эффективность комплексной терапии, чем одной психотерапии. Комплексная психотерапия в комбинации с антидепрессантами у лиц с клинической картиной гемблинга и шизоциклоидным психотипом, располагающихся в диапазоне ПАЛ, оказалась достоверно эффективнее, чем одна психобиологическая коррекция поведения ( $p < 0,001$ ). Аналогичная терапия, но у лиц с шизоидным психотипом диапазона ПАЛ, подтвердила эффективность при комплексной психотерапии в комбинации с нейролептиками ( $p < 0,001$ ). У больных с истероидным психотипом диапазона ПАЛ наибольшего эффекта удалось достичь также при применении нейролептиков и психобиологической коррекции поведения ( $p < 0,005$ ). Антидепрессанты в сочетании с психотерапией оказались более эффективны у больных с эпиптоидной структурой личностного психотипа ( $p < 0,001$ ).

Больные, располагающиеся в диапазоне РЛ, при сравнительном анализе эффективности предлагаемой комплексной терапии в большей степени оказались подвержены позитивному воздействию нейролептиков в сочетании с психобиологической коррекцией поведения ( $p < 0,001$ ). У лиц диапазона психологической нормы оптимальным явилось проведение психобиологической коррекции поведения ( $p < 0,001$ ).

Таким образом, эффективность комплексной терапии в амбулаторных условиях или в дневном стационаре у больных с патологическим гемблингом зависит от личностной структуры психотипа и расположения в конституционально-континуальном пространстве личности.

## СОЦИАЛЬНАЯ АНТИНАРКОТИЧЕСКАЯ РЕКЛАМА

А.Ю. Колгашкин, А.В. Надеждин

Национальный научный центр наркологии, Москва

Информационная профилактика потребления наркотиков осуществляется в нашей стране достаточно длительное время, но до сих пор отсутствуют такие очевидные и основополагающие вещи, как систематизация видов и способов социального рекламного воздействия. Ощущается недостаток методического обеспечения в этой сфере. На основе анализа и изучения как отечественной, так и зарубежной антинаркотической рекламной продукции может быть предложена следующая ее систематизация.

Графическая антинаркотическая реклама – неотъемлемый компонент антинаркотических кампаний различного масштаба и наиболее популярный вид социальной рекламы. Более того, искусство плаката в нашей стране имеет давние и прочные традиции, а также накоплен большой опыт в создании антиалкогольного плаката – при надлежащей переработке он может быть востребован и для решения новых задач.

Проведение массовых мероприятий с исчерпывающей полнотой отражено во многих работах по организации и тактике осуществления пропагандистского воздействия. Сплачивание ранее разрозненных людей в группу, внедрение в них объединяющей идеологии являлось действенным инструментом антинаркотической пропаганды.

Телевидение – самое мощное и эффективное средство формирования жизненных установок и поведенческих паттернов. Его воздействие на современное общество можно охарактеризовать как «тотальное». Достоинством телевидения, как канала передачи информации, является его сенсорная мультимодальность и эффект соучастия в происходящих на экране событиях. Антинаркотическая телевизионная реклама, по мнению авторов, в настоящий момент относится к одному из самых эффективных видов информационного воздействия, которое реализуется практически во всех возрастных группах населения.

Среди всех электронных каналов массовой коммуникации радиовещание является наиболее доступным видом. Радиове-

щение способно передать слушателю информацию даже в условиях, затрудняющих или исключающих контакт с миром, с помощью других способов общения. Вездесущность радиовещания, возможность сопровождать человека в любых условиях его жизнедеятельности практически круглосуточно должны более активно использоваться для внедрения антинаркотических аудиороликов.

Периодические печатные издания продолжают оставаться источником эффективного социального воздействия, несмотря на то, что они востребованы преимущественно людьми старших возрастных групп. Материалы социальной направленности, размещаемые в центральных и региональных печатных СМИ, служат не столько целям формирования поведенческих стереотипов, сколько созданию антинаркотического информационного фона, повышению знаний читателей о механизмах действия наркобизнеса и признаках употребления наркотических средств и психотропных веществ. Таким образом, несмотря на относительную ограниченность своей аудитории, печатные СМИ сохраняют свою актуальность в качестве инструмента антинаркотической пропаганды.

По данным социологических опросов, все большее количество молодых россиян проводит значительную часть своего времени в Интернете. Реализация антинаркотических проектов именно в глобальной сети Интернет позволяет оказать воздействие как на заинтересованного проблемой индивида, что достигается, например, путем организации Интернет-сайтов соответствующего содержания, но и на пользователя сети, незаинтересованного в получении объективной информации о вредном и опасном влиянии наркотических средств и психотропных веществ на человека. В качестве варианта подобной продукции могут быть использованы специальные серии антинаркотических баннеров, размещаемых на популярных сетевых ресурсах, антинаркотические компьютерные игры.

## ОСОБЕННОСТИ САМОРЕГУЛЯЦИИ У ЖЕНЩИН С АЛКОГОЛЬНОЙ АДДИКЦИЕЙ

Т.В. Кравцова, Л.П. Великанова  
Астраханская государственная медицинская академия

Изучение роли психологических факторов, способствующих алкогольной аддикции, по-прежнему, актуально (Шпаков А.В. и др., 2007; Малыгин В.Л., 2005). Локус контроля (интернальный или экстернальный) – один из факторов, участвующих в формировании различных проявлений дизадаптации, в том числе и в форме алкогольной аддикции.

**Цель исследования:** определение взаимосвязи между формой алкогольной аддикции и уровнем субъективного контроля у женщин.

**Материалы и методы.** Обследовано 170 женщин с разными формами алкогольной аддикции: бытовое пьянство (ГБП) – 55 чел., группа риска (ГР) – 65, хронический алкоголизм, 2 стадия (ХА) – 47 и группа абстинентов (ГА) – 71 чел. Средний возраст –  $22,56 \pm 2,19$  года. Исследовался уровень субъективного контроля. Использовалась методика Дж. Роттера в адаптации Е.Ф. Бажина и др. (1998). Достоверность определяли t-критерием Стьюдента.

**Результаты исследований.** В сферах неудач, здоровья и общей интернальности (Ин, Из и Ио) во всех группах выявлено преобладание экстернального локус-контроля ( $p < 0,05$ ) – перенос ответственности в кризисных ситуациях вовне («рок судьбы», «стечение обстоятельств», «влияние других людей»).

В сфере достижений (Ид) интернальность и экстернальность в группах ГА и ГБП по частоте применения достоверно не отличались ( $p > 0,05$ ). Респонденты из ГР и ХА все успехи и достижения чаще ( $p < 0,05$ ) приписывали собственным возможностям (интернальный контроль), что может являться результатом неадекватной оценки своих способностей. Последнее часто приводит к отказу от помощи других людей, в том числе и от медицинской, и снижает эффективность лечебных и профилактических мероприятий.

В области семейных (Ис) и производственных отношений (Ип) в группах с донозологическими формами (ГБП, ГР) и в

группе абстинентов экстернальное поведение преобладало над интернальным ( $p < 0,05$ ). В группе ХА экстернальность/интернальность в этой сфере встречается одинаково часто ( $p > 0,05$ ), т.е. 50% женщин с развернутой стадией алкоголизма ответственность за неприятности (конфликты, ссоры) в семье берут на себя, что может быть отражением комплекса вины как за собственную алкоголизацию, так и за алкоголизм супруга. По мнению А.А. Кирпиченко (2004), Т.В. Подосиновой (2008), комплекс вины у женщин изначально может способствовать формированию алкогольной аддикции.

В группе ХА в сфере межличностных отношений (Им) достоверно чаще, по сравнению с донозологическими группами (ГБП, ГР) и группой абстинентов, преобладал экстернальный контроль – обвинение в конфликтах других личностей. Низкие показатели Ио (экстернальность) ( $4,7 \pm 1,6$ ) в группах ГБП, ГР и в группе ХА могут отражать их повышенную восприимчивость к влиянию окружения на поведение и поступки.

Таким образом, анализ полученных результатов показал, что отсутствие достоверных различий в доклинических группах (ГР, ГБП) и группе абстинентов может служить подтверждением мнения ряда авторов (Беседина Е.В., Старцева Н.Г., 2007) об отсутствии специфической преалкогольной личности. Отличия механизмов саморегуляции, выявляемые в группе ХА (сферы Им, Ис, Ип, Ид), с большой долей вероятности являются результатом влияния на личность длительной алкоголизации. Экстернальный локус контроля в сферах здоровья и неудач может лежать в основе различных форм нарушений адаптации (неврозов, психосоматических расстройств); при наличии сформировавшейся аддикции – провоцировать срывы ремиссий и рецидивы заболевания.

## РАБОТА ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ «ОТКАЗ ОТ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК – ПУТЬ К АКТИВНОМУ ДОЛГОЛЕТИЮ» ЗА 2006-2009 ГОДЫ

В.Ю. Михайлова

Республиканский наркологический диспансер, Чебоксары

В современном обществе широко распространено табакокурение – одна из ведущих причин развития заболеваний и смерти населения. Только в России от причин, связанных с курением табака, ежегодно умирает около 300 тыс. чел. Больше половины курильщиков погибает в трудоспособном возрасте; курящие живут на 10-12 лет меньше своих сверстников.

Профилактика курения, одного из основных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, среди взрослого населения – задача достаточно сложная. В российском обществе курящего человека не подвергают общественному осуждению. Вместе с тем, если не предпринимать профилактических и лечебных мер, оно, как и прежде, будет виновником 7% дорожно-транспортных происшествий, 30% заболеваний, 25% всех пожаров.

Во исполнение Указа Президента Чувашской Республики «О профилактике курения табака» разработана «Республиканская программа по ограничению курения табака в Чувашской Республике на 2005-2007 годы», которая продлена до 2010 г. Одно из важных мероприятий программы – организация на базе ГУЗ «Республиканский наркологический диспансер» Школы здоровья «Отказ от вредных привычек – путь к активному долголетию».

Целью создания и деятельности Школы является профилактика никотиновой зависимости, обучение пациентов способам и приемам борьбы с курением, правильному и рациональному питанию, здоровому образу жизни, регулированию режима труда и отдыха.

За 2006-2009 г. в Школе прошел обучение 521 пациент, из них 45 женщин (8,6%). В 2006 г. – 134 больных (3,73%, 5 женщин), в 2007 г. – 143 (5,6%, 8 женщин), 2008 г. – 137 (11,7%, 16 женщин), 2009 г. – 107 (15%, 16 женщин). Намечается тенденция увеличения курящих женщин, что вызывает обеспокоенность за здоровье нации.



Из 107 участников Школы здоровья «Отказ от вредных привычек – путь к активному долголетию» (2009 г.) высокую мотивацию отказа от курения имели 29 человек (27,1%), слабую мотивацию – 55 (51,4%), отсутствие мотивации отказа от табакокурения – 23 (21,5%). Сильная зависимость от никотина наблюдалась у 78 пациентов (72,9%), средняя – у 19 (17,7%), слабая – у 10 (9,4%). Наследственная отягощенность по никотиновой зависимости отмечена у 89 респондентов (курил либо курит отец – 83 случая, курят оба родителя – 6 случаев).

Из 521 пациента, проходившего обучение в Школе, 301 (57,8%) обратились за помощью к наркологу впервые.

По результатам тестирования и индивидуального консультирования в 82,9% случаев (432) курение используется в качестве психологической поддержки при нервном напряжении. Более 40% курящих пациентов сигарету используют «для концентрации внимания». 24,1% курящих женщин (7) сигарету «применяют» как стимулирующее средство.

Эффективность работы Школы здоровья отмечена следующими показателями: 4,9% пациентов бросили курить, имея более 20-летний стаж курения (необходимо отметить, что у этих пациентов был высокий уровень мотивации отказа от курения); 9,4% обучавшихся в 2 раза уменьшили число выкуриваемых сигарет в день; 25,9% больных задумались о том, что «надо меньше курить». Школа здоровья пользуется популярностью среди пациентов; занятия способствуют переосмыслению образа жизни; пациенты становятся активными помощниками врача в лечебном процессе.

Таким образом, организация Школы здоровья «Отказ от вредных привычек – путь к активному долголетию» является эффективной и малозатратной формой профилактической работы у лиц с зависимостью от табака и может быть рекомендована для широкого применения.

## ИНТЕРНЕТ-КОНФЕРЕНЦИИ – НОВЫЙ ИНСТРУМЕНТ АНТИНАРКОТИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

А.В. Надеждин, Е.Ю. Тетенова, А.Ю. Колгашкин,  
Ю.Н. Кучеров, А.В. Трушин  
Национальный научный центр наркологии, Москва

В настоящее время нет необходимости обосновывать значение и необходимость внедрения сетевых технологий в антинаркотическую профилактику в широком понимании этого термина.

Открытые Интернет-конференции с известными представителями профессионального антинаркотического сообщества, общение с которыми для широкой пользовательской аудитории затруднительно, также относятся к профилактическим мероприятиям. Методологические основы были разработаны при проведении подобного общения на сайте [www.narkonet.ru](http://www.narkonet.ru), на котором был создан специальный раздел «Пресс-центр». Конференции проводились в форме Интернет-чата с общей продолжительностью 1-1,5 часа. Указанное время, с одной стороны, являлось достаточным для раскрытия и всестороннего обсуждения ранее заявленной темы, с другой – позволяло избежать появления повторяющихся подтем и дробления проблемы на мелкие фрагменты, нецелесообразные при конструктивном обсуждении. Анонсы проведения интернет-конференций размещались не только на сайте [www.narkonet.ru](http://www.narkonet.ru), но и на информационно-публицистическом Интернет-проекте «Нет – наркотикам» ([www.narkotiki.ru](http://www.narkotiki.ru)), являющемся наиболее популярным тематическим ресурсом в русскоязычном сегменте компьютерной сети Интернет.

Интернет-конференции стали ценным опытом для всех участвовавших в них специалистов, обеспечили взаимопользительный обмен информацией и мнениями по актуальным вопросам борьбы с незаконным оборотом наркотиков, профилактики и лечения наркозависимости. Априорный демократизм Интернет-аудитории позволял, в частности, представителям ФСКН общаться с самыми различными представителями Интернет-сообщества – от просто обеспокоенных проблемой людей и заинтересованных профес-

сионалов до сторонников легализации некоторых видов наркотических средств и больных наркоманией.

Для специалистов в области наркологии и врачей других специальностей, так или иначе связанных с оказанием медицинской помощи больным наркоманией, Интернет-конференции стали еще одной формой просветительско-профилактической работы с несколько отличающейся от привычной аудиторией.

Интересным элементом работы стало привлечение к участию в конференциях известных спортсменов, которые обладали достаточной мотивацией для подобного общения и использовали предоставленную им возможность для пропаганды тех жизненных ценностей, которых они придерживались, здорового образа жизни и личностного роста.

Нами было проведено 15 конференций. Средняя посещаемость, вначале составлявшая не более 10-15 чел., ежегодно увеличивалась на 30-35% и в итоге превысила 30 чел. Этот показатель напрямую связан с популярностью заявляемой для обсуждения темы. Подобный размер аудитории является практически недостижимым для подавляющего большинства подобных пресс-конференций, проводимых в «реальном» пространстве информационных агентств.

Таким образом, Интернет-среда предоставляет богатые возможности для антинаркотической пропаганды и профилактики путем организации прямого общения сетевой аудитории с представителями заинтересованных в проблеме органов власти и управления, представителей медицины, общественных организаций, позитивных лидеров общественного мнения.

Интернет-конференции способны также положительно повлиять на формирование имиджа учреждений здравоохранения наркологического профиля, органов наркоконтроля, общественных антинаркотических организаций.

Системность и последовательность в проведении подобных мероприятий неизбежно расширяли аудиторию, принимающую в них участие, и повышали уровень обсуждаемых проблем и качество дискуссии.

## ОПЫТ РАБОТЫ РАЙОННОГО ВРАЧА-НАРКОЛОГА

Н.Б. Надина

Батыревская центральная районная больница

В наркологическом кабинете МУЗ «Батыревская ЦРБ» на диспансерном наблюдении находятся 430 больных алкоголизмом, из них – 105 женщин, в профилактической группе наблюдения – 105 злоупотребляющих алкоголем, из них 22 подростка. Необходимо отметить, что в районе не зарегистрировано потребителей наркотических веществ не только среди подростков, но среди взрослого населения. Система профилактики строится на основе целевых программ: «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту в Батыревском районе на 2010-2020 годы», «Профилактика потребления табака и табачных изделий в Батыревском районе на 2010-2011 годы».

Цель первой программы – профилактика распространения наркотических веществ на территории нашего района. Данную работу координирует Антинаркотическая комиссия, председателем которой является первый заместитель главы Батыревского района, секретарем – врач-нарколог. Работа ведется в соответствии с утвержденным планом. На заседаниях комиссии заслушиваются отчеты глав сельских поселений о проводимой работе по профилактике правонарушений и предупреждению распространения психоактивных веществ, а также приглашаются субъекты профилактики.

При администрации Батыревского района работает комиссия по профилактике правонарушений. В состав этой комиссии постановлением главы района введен врач-нарколог. Ежемесячно рабочая группа выезжает в населенные пункты для контроля работы Советов профилактики сельских поселений. Непосредственно на месте консультируются трудные подростки, неблагополучные семьи, лица, злоупотребляющие алкоголем. Разрабатываются и утверждаются индивидуальные программы реабилитации. За каждым трудным подростком закрепляется наставник-депутат сельского поселения, который своим примером и авторитетом помогает несовершеннолетнему встать на правиль-

ный путь, несет ответственность за него. Главы сельских поселений докладывают о работе по профилактике правонарушений и распространению психоактивных веществ. Большую помощь в работе с семьями оказывают общественные организации, прежде всего Женские советы, которые организованы в каждом сельском поселении. В их состав входят представительницы сельской интеллигенции: фельдшера, учителя, библиотекаря и др.

Совместно с Советом профилактики они работают с неблагополучными семьями, оказывают им помощь в трудоустройстве, в направлении на консультацию к психологу, врачу-наркологу.

В 2009 г. районный Совет женщин организовал встречу за круглым столом с врачом-наркологом и психологом под девизом: «Не допусти беды в семью», где все желающие получили консультацию специалистов.

За счет усиления поддерживающей роли семьи снижается риск злоупотребления психоактивными веществами подростками и формируются нравственные ценности по отношению к себе и собственному здоровью.

Районная программа «Профилактика потребления табака и табачных изделий» направлена на сокращение потребителей табака и профилактику курения среди молодежи.

Все ЛПУ района приказом главного врача объявлены зоной, свободной от курения. Во всех ФАП и ОВОП оформлены стенды и информационные уголки: «Мир без табачного дыма!», организованы Школы здоровья по профилактике табакокурения, разработаны планы занятий под руководством врача-нарколога. На Днях фельдшера все ОВОП и ФАП отчитываются об итогах работы данных школ.

В Батыревской средней школе №1 организована волонтерская команда по формированию здорового образа жизни в подростковой и молодежной среде, в том числе по профилактике табакокурения. Ежегодно отделом образования проводится конкурс школьных агитбригад под девизом: «Здоровому все здорово!», цель которого донести полезную информацию до своих сверстников. Врач-нарколог является членом жюри этого конкурса. Для участия во всех школьных мероприятиях привлека-

ются подростки, находящиеся на профилактическом наблюдении в ПДН.

Благодаря совместной профилактической работе ситуация по социально-значимым заболеваниям (алкоголизму, алкогольным психозам, наркомании) более благоприятная, чем в целом по Чувашской Республике. Так, заболеваемость алкоголизмом в 2009 г. составила 78,8 на 100 тыс. населения (ЧР – 119,9), алкогольными психозами – 15,2 (ЧР – 16,6), случаев заболеваемости наркоманией нет. Сократилось число несовершеннолетних, совершивших преступления (с 23 до 20 в 2009 г.). Ни одно преступление не совершено в состоянии алкогольного опьянения.

## ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ПОДРОСТКОВ г. ШУМЕРЛЯ О ПРОБЛЕМАХ НАРКОМАНИИ

В.В. Новикова, Л.М. Егорова

Республиканский наркологический диспансер, Чебоксары

В период акции «Молодежь за здоровый образ жизни» и недели профилактики наркомании в марте 2010 г. с целью информирования подростков о проблемах наркомании и изучения опыта употребления ими психоактивных веществ были проанкетированы подростки образовательных учреждений города.

Опрошено 338 (154 мальчиков и 184 девочек) учащихся 7-11 классов школ №1 (44 чел.; 13%), №2 (39; 11,5%), №3 (32; 9,5%), №6 (84; 24,9%), гимназии №8 (65; 19,2%), детского дома «Елочка» (24; 7,1%) и профессионального училища №6 (50; 14,8%).

Анализ результатов опроса показал, что 68,3% подростков считают употребление наркотиков одной из проблем молодежи, об этом не задумывались 97 несовершеннолетних (28,6%), 10 подростков (0,3%) не отрицают эту проблему. На вопрос «Среди твоих знакомых есть ли люди, употребляющие наркотические вещества, и как ты к этому относишься?» положительный ответ дали 39 школьников (11,5%); выражали свое отношение к этим людям словами «с жалостью» – 92 чел. (27,2%), «интересно пообщаться с таким человеком» – 2 (0,6%), «сам хотел бы попробовать» – 0, «это меня не интересует» – 245 (72,5%).

Подростки адекватно оценивали проблему и представляли, какие действия надо предпринять для оказания помощи человеку, у которого возникли проблемы, связанные с употреблением наркотиков: попытаются поговорить со знакомым о вреде наркотических веществ – 60 чел. (17,8%), приложат все усилия, чтобы знакомый от них отказался – 224 (66,3%), не станут вмешиваться в личную жизнь – 54 (15,9%). Большинство опрошенных знали, что употребление наркотиков – это болезнь – 203 чел., (68%), часть опрошенных предполагала, что это вредная привычка (97 чел., 28,6%), правонарушение – 11 чел. (3,3%) и преступление – 27 опрошенных (8%). Часть школьников недооценивала опасность возникновения зависимости и не хотела верить, что это весьма опасно. Такое убеждение может привести к формированию у подростков представления о приеме наркотических веществ как о чем-то обычном и даже необходимом.

На вопрос «Какие меры необходимо предпринять к употребляющим ПАВ?», 314 чел. ответили лечить (92,9%), 18 – наказать (5,3%), 6 – оставить в покое и не обращать внимания (1,8%). По поводу информированности о том, куда обратиться за помощью в случае необходимости, большинство дали уверенный ответ: «в наркологический диспансер» – 227 чел. (67,2%), в больницу – 12 (3,6%), в реабилитационный центр – 4 (1,2%), в правоохранительные органы – 6 (1,8%), скорую помощь – 2 чел. (0,6%). Меньшая часть опрошенных обратилась бы к родителям – 3 чел. (0,9%), еще меньше обратится к руководителям учебного учреждения – 2 чел. (0,6%), без ответа – 1 (0,3%), но количество не знающих, где оказывается помощь, – 27 чел. (8%), говорит о том, что с этим контингентом обучающихся необходимо провести информационную работу.

Один из вопросов анкеты предполагал знание детьми правовых основ: «Знаете ли вы о наказании за изготовление, хранение и сбыт наркотиков?», утвердительно ответили 288 детей (70,4%), не знали – 54 (29,6%). Большинство (37,5%) ответивших «не знаю» – дети из детского дома «Елочка» и школы №2 (33,3%). Если в компании подростку предложат попробовать наркотик, то решительно откажется – 238 чел. (67,2%), переведут предложение в шутку и не возьмут – 47 (14%), возьмут, но сошлутся на то, что сейчас не хотят попробовать – 50 (14,7%). 3

подростка (0,9%) ответили «конечно, возьму». Вероятно, полученные ответы 53 чел. (15,7%) можно расценить как фактор риска приобщения к употреблению ПАВ.

Анализируя данные анкетирования, можно сделать вывод, что подростки имеют представление о последствиях приема наркотических веществ и большинство молодых людей считают опасными для здоровья употребление психоактивных веществ. Важно сформировать среду, в которой у подростков естественным образом возникает позитивный интерес, формируется настрой на здоровый образ жизни, т.е. занять спортом, интересным делом, расширить досуг.

### ДАННЫЕ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА «КУРЕНИЕ И МЫ»

В.В. Новикова, Л.М. Егорова, О.А. Бусарева, В.В. Егорова  
Республиканский наркологический диспансер, Чебоксары

Нами разработан план мероприятий по профилактике курения и лечению табачной зависимости населения г. Шумерля и Шумерлинского района. Одним из пунктов реализации мероприятий является проведение мониторинга никотиновой ситуации.

В качестве метода сбора информации о соблюдении принципов здорового образа жизни, потреблении табачных изделий использовалось выборочное анонимное анкетирование в феврале-марте 2010 г. среди работников завода спецавто-мобилей.

В анкетировании принял участие 121 чел., женщин – 32,2%; мужчин – 67,8%. Возрастная характеристика: 20 – 29 лет – 51 чел., 30 – 39 лет – 31, 40 – 49 лет – 22, 50 – 59 лет – 17 чел. Из них рабочих 73 чел, служащих – 26, руководящий состав – 19, прочих – 3 чел.

Среди них курящих – 52, из них женщин – 3 чел. (2,5%). Респонденты, как курящие, так и некурящие, считают, что курение вредно для здоровья (106 чел.)

Возраст первых проб курения: 6 лет – 2 чел., 7 – 1, 8 – 1, 9 – 1, 10 – 5, 11 – 1, 13 – 4, 14 – 4, 15 – 5, 16 – 8, 17 – 8, 18 – 7, 20 – 4, 24 года – 1 чел. Пробовавших курить в раннем возрасте и не курящих впоследствии 12 чел. Это подтверждает тот факт, что раннее начало курения становится впоследствии постоянным.



До 10 шт. в день курят 10 чел., до 1 пачки в день – 29, более пачки в день – 13 чел. Показатели свидетельствуют о том, что большинству курящих нужна медицинская помощь при отказе от курения, так как у них сформировалась никотиновая зависимость. Первую сигарету натошак выкуривали 24 чел., 5 предпочитают крепкие сигареты, 25 – с фильтром и 22 чел. – легкие.

Нравится курение 16 анкетированным, 8 человек курят за компанию, 1 опрошенный считает, что не может наладить отношения с начальством (рабочий 55 лет), остальные не могут отказаться – «втянулся и не могу бросить».

Не было попыток бросить курить у 13 человек. Остальные курящие неоднократно пытались бросить курить. Период воздержания составлял у 14 чел. до 1 месяца, у 11 чел. – до 2-3 месяцев, у 5 – до 6 месяцев, у 3 – до 1 года, у 10 – более года, 1 чел. продержался 1 день, 1 опрошенный самоуверенно ответил – «когда захочу».

Уровень знаний, которым владеют респонденты: высокий – 31 чел., средний – 25, низкий – 17 чел., остальные анкетированные на данный вопрос не ответили.

Опрошенные считают, что для снижения уровня курения необходимы следующие меры: запрет пропаганды и рекламы табачных изделий (24 чел.), развитие спорта и культуры (11 чел.), занятие спортом (2 чел.), поднять цены на табачные изделия (6 чел.), брать налог с курящих (4 чел.), ничего не предпринимать и оставить все так, как есть (1 чел.), поощрять некурящих (2 чел.), создание условий для здорового образа жизни (1 чел.).

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ИНТЕРНЕТ-ОПРОСА СРЕДИ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ КОНСУЛЬТАЦИОННОГО ЦЕНТРА WWW.NARKONET.RU

Е.Ю. Тетенова, А.В. Надеждин, А.Ю. Колгашкин,  
В.Б. Чумичева, М.В. Федоров  
Национальный научный центр наркологии,  
Информационно-публицистический ресурс  
«Нет наркотикам», Москва

С целью проведения Интернет-опроса сотрудниками консультационного центра [www.narkonet.ru](http://www.narkonet.ru) была разработана структури-

рованная анкета, валидная его целям и задачам. Первая часть анкеты содержала вопросы, достаточные для составления социального портрета посетителей сайта, определения их отношения к потреблению наркотиков, видов потребляемых наркотических средств. С 01.11.07 по 21.10.08 г. опрошено 2729 чел., что представляется нам достаточно значительным количеством.

Основная масса нашей аудитории (свыше 79%) находится в возрастном диапазоне 16-30 лет, ее «ядро» (34,1%) – в возрастной группе 21-25 лет. Это еще раз подчеркивает валидность изученной выборки задачам исследования.

Среди посетителей сайта 53% были лицами мужского пола, 47% – женского. География аудитории опроса была достаточно обширна. Резидентов нашей страны было 85,5%, что подтверждает справедливость полученных данных именно для генеральной совокупности жителей России.

По характеру деятельности среди респондентов преобладали учащиеся – 31,2%, служащие составили 26,1%, 14,2% определили свою деятельность как руководители разного уровня, 15,2% трудились на рабочих должностях, 6,9% не смогли определить род своей деятельности, 6,4% были безработными.

Потребителями наркотиков являлись 29% посетителей сайта, у 24,3% были проблемы у родственников, 13,6% искали информацию по этой теме в связи с проблемами у своих знакомых, у 12% был образовательный интерес, 12% имели профессиональный интерес, 16,2% затруднились ответить на поставленный вопрос,

Как и ожидалось, на первом месте находились потребители марихуаны – 51,7%, потребителями психостимуляторов амфетаминового ряда являлись 29,4, экстази злоупотребляли 18,0, опиаты и опиоиды использовали 21,9%, кокаин – 7,6, галлюциногены – 9,7%. Сумма ответов превысила 100%, так как учитывались полинаркоманические тенденции.

Ежедневное потребление наркотиков практиковало 29,0% ответивших на анкету, частое употребление (1-2 раза в неделю) было характерно для 19,7, редкое (1-2 раза в год) – для 14,1, не смогли ответить на вопрос – 17,0%.

На проблемы со здоровьем вследствие потребления наркотиков указали 46,4% респондентов, 25,8% сообщили, что проблем не возникает, у 36,3% отмечались социальные проблемы,

16,7% имели проблемы с правоохранительными органами. Большинство сообщило, что наркотики покупают через своих знакомых – 51,9%, у наркодилера – 33,0, в аптечной сети – 13,3, в клубе или на дискотеке – 12,0, доставали наркотики через родственников – 1,7, посредством Интернет-технологий – 3,9, указали иной источник – 13,2%.

Боязнь наркологического учета послужила причиной отказа от наркологической помощи у 49,4% опрошенных, утечки информации о сведениях, составляющих медицинскую тайну, опасались 31,2% респондентов, 20,9% беспокоила возможность негативного отношения со стороны медицинских работников, 27,6% сообщили другие причины отказа от наркологической помощи, 24,4% не верили в эффективность оказания медицинской помощи больным наркоманией, 16,8% указали на плохую материальную базу этих учреждений, 14,4% – на коррупцию в системе государственного здравоохранения.

Таким образом, Интернет-опрос является чувствительным и объективным индикатором современных тенденций в среде наркопотребителей нашей страны.

## ПРОФИЛАКТИКА АГРЕССИВНЫХ ДЕЙСТВИЙ У НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

И.Н. Трофимова, Т.В. Полтева

Республиканский наркологический диспансер, Чебоксары

Одним из аспектов алкогольных проблем является асоциальное и агрессивное поведение наркологических больных. Постепенная десоциализация данной категории больных – закономерный результат зависимости от психоактивных веществ (ПАВ). Исследование взаимосвязи между агрессивным поведением и особенностями картины наркологических заболеваний в целом, а также их отдельными проявлениями (состояниями острой и хронической интоксикации, патологическим влечением к ПАВ, абстинентным синдромом, изменениями личности, психотическими синдромами) имеет важное практическое значение.

Прослеживается определённая взаимосвязь между агрессией и динамикой алкоголизма. Уже в первой стадии заболевания на фоне

сокращения длительности и уменьшения интенсивности эйфории появляются раздражительность, грубость, придирчивость, агрессивность. Научные исследования показали, что наиболее жестокие деяния против личности чаще наблюдаются на стадиях сформированной зависимости, при этом злобность, агрессивность для больных алкоголизмом третьей стадии менее свойственны, чем для пациентов с более ранними этапами заболевания.

Абстинентный синдром, вне зависимости от фазы его развития (начало, апогей, редукция), также сопровождается агрессивными проявлениями. Аффективные расстройства агрессивного спектра (раздражительность, гнев, ярость, злоба) имеют тесную связь с патологическим влечением к алкоголю. Эмоциональная составляющая патологического влечения в рамках абстиненции наиболее часто представлена дисфорическими расстройствами разной степени выраженности: от ворчливости, недовольства, угрюмости до напряженности, взрывчатости, агрессивности.

При помощи сплошного невыборочного метода нами исследовано 60 больных: 42 с алкоголизмом и 18 с наркоманией, проходивших стационарное лечение в отделении неотложной наркологической помощи Республиканского наркологического диспансера. Средний возраст больных с алкоголизмом составлял 44 года. Стаж потребления алкоголя – от 7 до 20 лет. Средний возраст больных наркоманией – 26 лет. Стаж потребления ПАВ – от 4 до 10 лет.

Основным методом исследования являлся «Лист наблюдения за агрессивностью» (Almik R., Woods P., 2000). В нем отражалась оценка состояния больных медперсоналом. При заполнении указывалось наличие таких симптомов, как спутанность, дезориентировка; раздражительность; словесные угрозы; физические угрозы; разрушительные действия. Данные симптомы оценивались по пятибалльной шкале.

Получены следующие результаты: максимальный уровень агрессивности у больных с синдромом зависимости от алкоголя наблюдался на 5-6 день отмены ПАВ. Данный факт связан с компульсивным влечением, который регистрируется на пике абстиненции. У больных с алкогольными психозами наиболее высокий уровень агрессивности регистрировался на 1-3 день, при-

чем в динамике наблюдалось её снижение, что обусловлено купированием психотического регистра.

У больных с синдромом зависимости от опиоидов агрессивность возрастала и достигала максимума на 7-10 день отмены ПАВ, что связано с обострением влечения к наркотическим веществам, возникавшего в «хвосте абстиненции».

Данная методика позволяет вести динамическое наблюдение и своевременно прогнозировать возможность развития агрессивных действий, что необходимо учитывать при назначении медикаментозной терапии и проведении превентивных мер воздействия.

## КОМПЬЮТЕРНЫЕ ИГРЫ: ПОЗИЦИЯ РОДИТЕЛЕЙ

А.В. Худяков, А.В. Урсу, Ю.А. Курченков

Ивановская государственная медицинская академия

Мир виртуальной реальности все больше увлекает детей и подростков и в ряде случаев настолько сильно, что оказывает существенное влияние на семейные отношения. Целью нашего исследования стало определение отношения родителей к увлечению их ребенка компьютерными играми и вероятной возможности развития у него зависимости. Для этого мы по специально разработанной анкете провели опрос случайных прохожих (100 человек – 52% мужчин и 48% женщин), имевших детей в возрасте до 20 лет (средний возраст детей 11 лет). Почти все респонденты (95%) сообщили, что их дети играют в компьютерные игры, проводя за игрой в среднем 2 часа в день. Треть опрошенных (35%) считает, что их дети «много играют за компьютером», остальные (65%) думают, что «не много» или «очень мало». В понятие «не много» родители вкладывают 1-1,5 часа в день. Под понятием «много» подразумевают 3 часа, а понятие «очень много» – это более 6 часов в день. 15% родителей четко ограничивают время, отведенное на игры, 43% контролируют время «не очень строго», 42% совсем не контролируют.

В каждой второй семье (50%) возникают конфликты из-за чрезмерной игровой деятельности ребенка, которая носит в 74% случаев эпизодический и в 26% постоянный характер, при этом 45% родителей плохо (19%) или практически совсем не пред-

ставляют (26%), в какие игры играют их дети. Многим родителям (46%) приходится напоминать ребенку об окончании лимита времени, отведенного на игру, при этом 35% из них вынуждены делать это постоянно, 65% – иногда. Некоторые родители (14%) перестали напоминать о лимите времени по той причине, что ребенок игнорирует их замечания. В этих случаях дети проводят за компьютерными играми в среднем по 7 часов в день.

Практически половина опрошенных (46%) считает, что увлечение компьютерными играми может привести к зависимости, однако только 27% родителей выразили готовность при возникновении необходимости обратиться за помощью к специалисту. Показательно, что в тех семьях, где ребенок играет по 4 и более часа в день, лишь 5% обратились бы за помощью в основном к психологу или психиатру. При этом вероятность выздоровления в результате лечения, по мнению респондентов, составляет в среднем 74%.

Была выявлена прямая корреляционная связь средней силы между длительностью пребывания за игрой и отсутствием родительского контроля за временем ( $r=0,42$ ), а также отсутствием представления у родителей, за какими играми проводит время их ребенок ( $r=0,35$ ).

Кроме того, была выявлена следующая тенденция. В тех семьях, где компьютерная игра служит способом поощрения, продолжительность компьютерных игр минимальна (в среднем 2 часа в день), при использовании ограничения допуска к компьютеру в качестве наказания средняя продолжительность игр составляет 3 часа в день, а при отсутствии контроля за продолжительностью игры – 4,5 часа.

По мере роста продолжительности игры ограничение времени все чаще используется родителями как способ наказания, однако на этапе максимальной продолжительности происходит «выход» ребенка из-под контроля.

Таким образом, дети и подростки, как правило, не могут контролировать влечение к игре. Это приводит к их длительному пребыванию за компьютером в случае отсутствия четких временных рамок. По этому поводу во многих семьях возникают конфликты, однако лишь немногие из родителей готовы с этой проблемой обратиться за помощью к специалисту. При

проведении психотерапевтической работы с проблемными компьютерными игроками необходимо учитывать наличие у родителей определенных вторичных выгод от увлечения ребенка. В то же время они имеют завышенные ожидания в отношении эффективности компьютерной игровой зависимости.

## СОВРЕМЕННЫЕ СОЦИАЛЬНО ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ ОТКАЗА ОТ КУРЕНИЯ

Н.В. Яковлева

Рязанский государственный медицинский университет

Когнитивные модели здоровья – модели «одномоментного» принятия решений – хорошо зарекомендовали себя при анализе простых форм социального поведения: отказ от вредной привычки, применение принципов здорового питания и т.д.

**Цель исследования:** выявить особенности модели представлений о здоровье на примере отказа от курения.

**Материалы и методы.** Обследовано с помощью психодиагностического комплекса «Статус ПСИ» (Яковлева Н.В., 2004-2006) 45 студентов-медиков (62% женщин, 38% мужчин) 1-4 курсов РязГМУ. Для анализа полученных результатов, в соответствии с моделью защитной мотивации (Rogers, 1983), нами были выделены пять блоков анализа индивидуальных когниций, формирующих модель поведения курильщика.

**Результаты.** Студенты, участвующие в эксперименте, в большинстве случаев (80,1%) считают курение формой зависимости. При этом менее половины оценивают эту привычку как вредную (45,6%), большинство – как привлекательную. Противоречивыми могут показаться данные о том, что при общей эмоционально положительной и нейтральной оценке курения большинство студентов (74,5%) связывают его с ухудшением здоровья. Лишь 3% опрошенных считают курение атрибутом социального успеха и причиной благоприятных перспектив. Данное противоречие было снято анализом когниции – ценности здоровья. Исследование показало, что здоровье не имеет четко выраженного ценностного конструкта. Важность здоровья как личной ценности показали только 12% выборки. При этом

лишь 6,3% считают, что сами ответственны за свое здоровье, 93,7% не связывают свое здоровье с особенностями своего образа жизни. Таким образом, понимая, что курение вредит здоровью, молодые люди не оценивают курение отрицательно.

Преимущества и недостатки курения как социального поведения были исследованы в контексте каузально атрибутивного анализа курения как социального поведения. Причина, приводящая к курению девушек, по данным методики «Незаконченные предложения» и структурированного интервью «ИМЗ», – мода, желание завести престижное знакомство. Для девушек важно, какую марку сигарет они курят, как держат сигарету при курении, как выдыхают дым, как они смотрятся с сигаретой. По результатам методики ЛЗЧ было выяснено, что большинство девушек (81,4%) считают, что человек с сигаретой выглядит умнее и увереннее. Это свидетельствует о неспецифической мотивации курения девушек. У молодых людей причиной курения чаще всего называются стресс, желание снять напряжение. Проявление тревожности не согласуется с маскулинным гендерным стереотипом, поэтому курение чаще, чем у девушек (64,3 против 12,8%), воспринимается как «вредная», «плохая» привычка, проявление слабости. По результатам методики ЛЗЧ человек с сигаретой воспринимается чаще всего как «отдыхающий», «расслабляющийся». Исследование когнитивных оценочных шкал показало, что внутренняя толерантность к курению у девушек выше, чем у юношей.

Результаты исследования показали, что попытки бросить курить были у 92,4% испытуемых, но бросить курить смогли лишь 10,8%. Трудность отказа от курения многие студенты связывают с групповым давлением и провокативным поведением окружающих. Он оказывается в специфической «информационной» блокаде, является мишенью вербальной агрессии со стороны референтной группы. Таким образом, без изменения базового жизненного стереотипа, появления новых видов деятельности, нового круга общения попытки бросить курить чаще всего неудачны.



**Научное издание**

**МАТЕРИАЛЫ IV СЪЕЗДА ПСИХИАТРОВ,  
НАРКОЛОГОВ, ПСИХОТЕРАПЕВТОВ,  
МЕДИЦИНСКИХ ПСИХОЛОГОВ ЧУВАШИИ**

28-29 июня 2010 г.

Верстка Л.А. Овечкиной

Подписано в печать 08.06.10. Формат 60 × 84/16.  
Гарнитура Times New Roman. Бумага писчая. Печать офсетная.  
Усл. печ. л. 21.86. Уч.-изд. 21.43. Тираж 300 экз. Заказ №63.

Отпечатано в типографии ИП Е.В. Белянин  
Чебоксары, Дорожный проезд, 16  
Свидетельство серии У №24316 от 29.10.01 г.  
Тел. 44-23-77