

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

**ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ**

\*\*\*\*\*

**Том XVII**

**№ 2**

**2011**

**Москва-Павлодар**

---

---

### **РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:**

**Профессор, доктор медицинских наук А.А. Аканов; доктор медицинских наук С.А. Алтынбеков; Н.Е. Мирошниченко (ответственный секретарь); профессор О.Т. Жузжанов; профессор Н.Т. Измаилова; профессор, доктор медицинских наук А.Л. Катков (главный редактор); профессор, доктор медицинских наук В.В. Макаров (главный редактор); кандидат психологических наук Г.А. Макарова; доктор медицинских наук С.А. Нурмагамбетова; Л.Н. Маркина (редактор); доктор медицинских наук Ю.А. Россинский; академик РАМН В.Я. Семке; А.К. Тастанова; кандидат медицинских наук А.Ю. Толстикова; профессор, доктор медицинских наук А.А. Чуркин; кандидат медицинских наук Т.В. Пак; кандидат медицинских наук А.А. Кусаинов**

### **РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

**Доктор медицинских наук М. Асимов (Алматы); профессор Н.А. Бохан (Томск); профессор М.Е. Бурно (Москва); академик, доктор медицинских наук, профессор М.Х. Гонопольский (Хайфа); кандидат медицинских наук Н.Б. Ережепов (Павлодар); доктор медицинских наук, профессор В.Ю. Завьялов (Новосибирск); доктор медицинских наук, профессор Н.А. Корнетов (Томск); доктор психологических наук, профессор Р. Кочунас (Вильнюс); доктор медицинских наук, профессор Г.М. Кудьярова (Алматы); доктор медицинских наук И.Е. Куприянова (Томск); доктор медицинских наук, профессор Х. Пезешкиан (Висбаден); кандидат медицинских наук Л.А. Степанова (Томск); профессор, доктор медицинских наук Н.К. Хамзина (Астана)**

**Регистрационное свидетельство №1706 выдано  
Министерством печати и массовой информации  
Республики Казахстан**

**Регистрационное свидетельство ПИ № 77-7054 выдано  
Министерством Российской Федерации по делам печати,  
телерадиовещания и средств массовых коммуникаций**

**Внимание, соискатели! Журнал “Вопросы ментальной медицины и экологии”  
решением коллегии ВАК от 3.03.2002 г. включен в перечень изданий  
для публикации основных научных результатов диссертации**

**Журнал основан в 1995 году  
Адрес редакции: 140001, Казахстан, г. Павлодар, ул. Кутузова, 200  
Телефон (факс): 8 (7182) 60-50-93  
E-mail: neovitae@pisem.net**

---

---

---

---

# ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

## СОДЕРЖАНИЕ

### ПСИХОТЕРАПИЯ

#### УЧРЕДИТЕЛИ:

Профессиональная  
Психотерапевтическая  
Лига

РГКП  
«Республиканский  
научно-практический  
центр медико-  
социальных проблем  
наркомании»

Якирова Г.Т.

Результаты применения психотерапевтически ориентированной комплексной программы у больных с психосоматическими заболеваниями

7-9

### ПСИХИАТРИЯ

Ахметжанов К.К.

Организация и принципы оказания неотложной помощи при острых психических расстройствах в г. Павлодаре

10-12

Грапова Н.А.

Анализ обнаруженных психических и поведенческих расстройств у подростков, совершивших противоправные действия

12-14

Даненова М.А.

Амбулаторное лечение психически больных

14-16

Доланбаева Р.У.

Опыт применения палиперидона (Инвеги) при лечении пациентов с диагнозом шизофрении

16-20

Козинская Т.И.

Факторы, влияющие на трудоспособность больных эpilepsией

20-22

Козинская Т.И., Сысоева Н.П., Жаксылыков Н.А.

Особенности кризисных суицидально-опасных состояний у лиц, страдающих психопатияй

22-23

### НАРКОЛОГИЯ

Бектемиров Р.К.

Основные аспекты алкогольного судорожного синдрома

24-26

Жиенбаев М.Е.

Алкогольная аноногнозия (дуалистическая модель)

26-28

Кусаинов А.А.

Негативные астенические расстройства у больных героиновой наркоманией, и их динамика через шесть месяцев после выписки

28-32

Кусаинов А.А.

Негативные расстройства аффективно-волевой сферы у больных героиновой наркоманией и их динамика через шесть месяцев после выписки

32-42

Том XVII  
№ 2  
2011 год

выходит  
4 раза в год

### СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ

Катков А.Л., Аманова Ж.Ш.

Вовлечение в деструктивные культуры и секты – социальная эпидемия нового времени (опыт системного исследования)

43-48

---

---

<i>Катков А.Л., Битигова Г.К., Манасов К.Ж., Байханова Т.Р.</i>	
Расстройства психики и поведения, связанные с нарушениями адаптации – как социальная эпидемия нового времени (опыт системного анализа)	48-56
<i>Катков А.Л., Пак Т.В., Нургазина А.З., Байханова Т.Р.</i>	
Патологическое пристрастие к азартным играм (игромания), интернет-зависимость – социальная эпидемия нового времени	56-64

## **ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ**

<i>Новичевская Р.В.</i>	
Синдром обструктивного апноэ/гипопноэ сна	65-71

## **ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА**

<i>Исмаилова С.А.</i>	
Суицидальное поведение	72-76

## **ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.**

<i>Исмаилова С.А.</i>	
Особенности развития и воспитания детей	77-78
<i>Миронова Е.Н.</i>	
Детский психический инфантилизм	78-80

## **ИНФОРМАЦИЯ И ОБЗОРЫ**

<i>Жиенбаев М.Е.</i>	
Аффективные расстройства при алкоголизме (обзор литературы)	81-83
<i>Каражсанова А.С., Смагулова Г.С., Сексенова Ж.Х., Бала В.В., Каргабаева Б.А.</i>	
Анализ нормативных правовых актов, регламентирующих деятельность детской наркологической службы в Республике Казахстан	84-89
<i>Резюме</i>	90-95

---

---

# VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

## CONTENT

### PSYCHOTHERAPY

#### FOUNDERS:

<i>Yakipova G.T.</i>	
Results of application of psychotherapeutic complex program at patients with psychosomatic diseases	7-9

### PSYCHIATRY

#### Professional Psychotherapeutic League

#### RPSE «Republican Research-and-Practical Center of Medical-Social Drug Addiction Problems»

<i>Ahmetzhanov K.K.</i>	
The organization and principles of emergency care for acute psychiatric disorders in Pavlodar	10-12
<i>Grapova N.A.</i>	
The analysis of mental and behavioral disorders in adolescents who have committed crimes	12-14
<i>Danenova M.A.</i>	
Out-patient treatment mentally sick	14-16
<i>Dolanbaeva R.U.</i>	
Application experience of Paliperidon (Invegi) at treatment of patients with the schizophrenia diagnosis	16-20
<i>Kozinskaya T.I.</i>	
Factors influencing work capacity of patients with epilepsy	20-22
<i>Kozinskaya T.I., Sysoeva N.P., Zhaksylykov N.A.</i>	
Features of crisis suicide-dangerous conditions at persons, suffering a psychopathy	22-23

### NARCOLOGY

<i>Bektemirov R.K.</i>	
The basic aspects of an alcoholic convulsive syndrome	24-26
<i>Zhienbaev M.E.</i>	
Alcoholic anosognosia (Dualistic model)	26-28
<i>Kusainov A.A.</i>	
Negative asthenic disorders at sick of a heroin addiction, and their dynamics in six months after an extract	28-32
<i>Kusainov A.A.</i>	
Negative disorders of affective-strong-willed sphere at sick of a heroin addiction and their dynamics in six months after an extract	32-42

### SOCIAL EPIDEMICS

#### Volume XVII № 2 2011

#### Published 4 times in a year

<i>Katkov A.L., Amanova Z.S.</i>	
Involving in destructive cults and sects – social epidemic of new time (experience of system research)	43-48
<i>Katkov A.L., Bitigova G.K., Manasov K.Z., Baihanova T.R.</i>	
The mentality and behavior disorders bound to disturbances of adaptation – as social epidemic of new time (Experience of the system analysis)	48-56

---

---

*Katkov A.L., Pak T.V., Nurgazina A.Z., Baihanova T.R.*  
Pathological predilection for gambling, Internet  
dependence – social epidemic of new time 56-64

## **BOUNDARY PATHOLOGY**

*Novichevskaya R.V.*  
Obstructive Sleep Apnoea/Hypopnoea Syndrom 65-71

## **BOUNDARY DISORDERS**

*Ismailova S.A.*  
Suicidal behavior 72-76

## **HEALTH PSYCHOLOGY. VALUEOLOGY.**

*Ismailova S.A.*  
Features of development and education of children 77-78  
*Mironova E.N.*  
Children's mental infantilism 78-80

## **THE INFORMATION AND REVIEWS**

*Zhienbaev M.E.*  
Affective disorders at alcoholism (The literature review) 81-83  
*Karazhanova A.S., Smagulova G.S., Seksenova Z.H.,  
Bala V.V., Kargabaeva B.A.*  
The analysis of the standard legal certificates regulating  
activity of children's narcological service in Kazakhstan  
Republic 84-89

*Summary* 90-95



---

---

## ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 616.89-008:615.851

### РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННОЙ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Г.Т. Якирова

врач психиатр-психотерапевт ГККП «Городская поликлиника № 8» г. Астаны

Значительная распространенность в настоящее время психосоматических заболеваний и сопровождающих их неврозоподобных, астенических, аффективных нервно-психических расстройств, развивающихся по механизмам психогенеза, делают актуальным в таких случаях включение в комплекс лечения психотерапию.

Большинство болезней внутренних органов протекают хронически и хронологически не связаны с определённой вредностью, что снижает значимость этиологического подхода. Более информативным может быть клинический подход. Оперируя понятиями «симптом», «синдром» и т.д. можно по косвенным признакам определить отклонения, как в психической, так и в соматических сферах. Но слабая сторона клинического метода в том, что он не вскрывает внутренних механизмов развития и дальнейшего прогрессирования болезней. Только в рамках патогенетического подхода предполагается одновременный анализ как психологических, социально-психологических, биологических механизмов развития и дальнейшего прогрессирования болезней.

Это позволяет психотерапевтам отказаться от сравнения эффективности частных методов, перейти к составлению и последующей проверке эффективности патогенетически направленных психотерапевтических программ лечения хронических неспецифических заболеваний внутренних органов и оценить динамику болезненных расстройств на различных этапах психотерапии в процессе лечения хронических неспецифических заболеваний внутренних органов.

Использован унифицированный вариант патогенетически ориентированной психотерапевтической программы. При подборе пациентов для проведения психотерапевтически ориентированной комплексной программы проводилась клиническая оценка их состояния. Оценивалась длительность и тяжесть течения заболевания, характер обострений, особенности нервно-психических состояний, внутренняя картина болезни. В ходе лечения проводился терапевтический контроль, включающий инструментальное обследование, коррекцию медикаментозной терапии.

Динамическое наблюдение (катамнестические сведения) после проведенной психотерапевтически

ориентированной комплексной программы осуществлялось у всех пациентов. Длительность катамнеза до 1,5 лет.

В самом начале лечения перед больным и его родственниками ставилась в качестве обязательного условия овладение и регулярное использование аутогенной тренировки (АТ). Проводилось обучение АТ по методике Мюллера - Хегемана. Собственно врачебный сеанс начинался с телесно-ориентированной психотерапевтической методики прерывания патологических импульсов на пораженный орган из нервной системы. В нее включен комплекс миорелаксационных и собственно психотерапевтических приемов. Лечение начиналось с приемов постизометрической релаксации мышц шеи, спины и поясницы. Это позволило снять «мышечные зажимы» гладкой мускулатуры органов «закрытых полостей» - проводилось воздействие на функциональные изменения в пораженных органах. После достижения расслабленности поперечнополосатых мышц мы переходили к манипуляциям на позвоночнике. Это позволяло «упредить» патологические импульсы на пораженный орган из поперечно-полосатой мускулатуры, из других пораженных органов, из «глубинных» структур мозга.

При лечении больных формулы внушения были направлены на улучшение работы почек и рядом расположенных органов, потом – органов верхней части живота, дальше – сердца и в заключение – работы легких. Это сопровождалось продольными дистанс-пассами, фоновой музыкой и отдельными дополнительными формулами, произносимыми врачом.

На заключительной части сеанса формулы исходили из психологических (социально-психологических) механизмов патогенеза. Основная часть состояла из формул, имитирующих высшую ступень методики Шульца и соответствующих дополнений С. Грофа и его последователей, и сочетались дистанс-пассами и эпизодически произносимыми врачом дополнительными формулами.

Психотерапевтические формулы на фоне музыки в магнитофонной записи звучали в течение 45 минут. Весь же сеанс длился 70-80 минут. Лечение и динамическое наблюдение больных осуществлялось в течение года. Первый лечебный сеанс мы закан-

чивали на «клинической» части (без заключительной части). Второй сеанс проводили через 5-8 дней в том же объеме. Третий сеанс мы так же проводили через неделю, но с включением заключительной части. Четвертый сеанс также проводился через неделю. В целом, за первый месяц больному проводилось 4 лечебных сеанса, то есть 1 раз в неделю. Одновременно испытуемые овладевали упражнениями АТ.

Начинали лечение после медикаментозной редукции острых расстройств. Частота лечебных сеансов для всех больных была стандартной. Всем больным первый месяц лечебные сеансы проводили еженедельно; второй - через неделю; третий, четвертый и пятый месяцы – один раз в четыре недели; шестой месяц – еженедельно; седьмой через неделю; восьмой, девятый, десятый, одиннадцатый и двенадцатый месяц – раз в четыре недели. В целом каждому больному в течение года было проведено 18-22 сеанса.

Первую лечебную группу составили 54 больных (женщин – 29 чел.) с психосоматическими заболеваниями в этиологическом понимании этого термина.

Лечение по поводу бронхиальной астмы проводилось 12 пациентам (женщин - 8 чел.) в возрасте 29-45 лет. У 9 человек были основания диагностировать среднюю степень тяжести, у 3 человек – тяжелую. У 3-х больных выявлена лекарственная аллергия в виде крапивницы, у 1 больного в анамнезе – анафилактический шок. У всех больных диагноз: Астма был установлен в терапевтических стационарах. Минимум раз в год за последние три года каждый больной был госпитализирован по поводу обострения. Психотерапевтическое лечение 8 больным начато в период ремиссии, а 4 больным во время не резко выраженного обострения, по поводу которого им проводилась амбулаторно корrigирующая терапия.

Лечение по поводу гипертонической болезни (эссенциальная гипертония) проводилось 28 больным (женщин – 17 чел.) в возрасте 40-45 лет. У всех больных диагностирована гипертоническая болезнь II стадии. Каждому из них проведено обследование в стационарах терапевтического профиля для исключения вторичной артериальной гипертонии. Длительность гипертонической болезни у всех пациентов была не менее 5 лет, причем у 10 чел. из них данное заболевание отмечалось у близких родственников. У 15 человек отмечался упорный характер гипертонии с частыми кризами, сопровождавшимися выраженной вегетативной симптоматикой и колебаниями артериального давления (АД) в пределах 160-170/95-110 мм рт. ст. до 200-230/110-130 мм рт. ст., особенно после психических травм. У остальных 13 больных АД отмечалось в пределах 160-190/90-110 мм рт.ст. Гипотензивную терапию получали все пациенты. Психотерапевтическое лечение началось в период после выписки из стационара или амбулаторного лечения у терапевта.

Терапию по поводу язвенной болезни мы проводили 14 больным возраста 28-45 лет (женщин - 4 чел.) Длительность заболевания составляла от 5 до 13 лет. Все пациенты прошли обследование в терапевтическом стационаре с обязательным проведением фиброгастроскопии (ФГС). Локализация язвы в области луковицы двенадцатиперстной кишки была у 11 человек, у 3 чел.– в желудке (у 1 чел. на малой кривизне, у 2 чел. в антральном отделе). У всех взятых на лечение пациентов отмечались частые (1-2 раза в год в течение последних 3 лет) сезонные обострения, всем проводилась противорецидивная терапия (гистаминоблокаторы, холинолитики). Наше лечение начато у 9 больных в период обострения, у 5 чел. - в период ремиссии, когда больные получали только противо-рецидивное лечение.

В ⅔ (76% случаев), самочувствие больных начало улучшаться после первых лечебных сеансов. В последующем, у них началась регредиентная динамика болезненных отклонений, параллельно с этим происходила редукция астенических и депрессивных нарушений. На втором и третьем месяцах лечения она продолжалась, несмотря на более редко проводимые сеансы. У этих больных появилась возможность уменьшить дозы и количество принимаемых лекарств, вплоть до их полной отмены, без рецидива болезни. У остальных испытуемых значимого эффекта не было, как в первые месяцы терапии, так и в последующем. Соответственно, у данной категории пациентов преобладали ипохондрические, фобические, обсессивные нарушения, а отношение к болезни было формальным, аноногностическим и рационализирующим.

Приведенные результаты использования психотерапевтически ориентированной комплексной программы при лечении хронических малокурабельных форм терапевтической патологии (психосоматической) наглядно показывают возможность ее применения, как альтернативу и дополнение к традиционному медикаментозному лечению. Появляется возможность значительно уменьшить процент госпитализаций, количество применяемых медикаментов, проводить лечение в амбулаторных условиях, что дает значительный экономический эффект. Отсутствие осложнений, достаточная простота в применении и обучении врачей, делает данный вид лечения доступным хронически больным из малообеспеченных слоев населения.

Показанная в исследовании эффективность психотерапевтически ориентированной комплексной программы при лечении психосоматических заболеваний обусловлена значимостью психологических и социально-психологических механизмов патогенеза при развитии и прогрессировании именно этих болезней. Она действует одновременно по четырем направлениям, прорабатывая все звенья патогенеза:

- 
- 
- 1) коррекция психотравмирующих ситуаций раннего детства - социально-психологический механизм патогенеза;
  - 2) коррекция «выгодности» заболевания для больного и его ближайшего окружения – социально-психологический механизм патогенеза;
  - 3) «упреждение» патологических импульсов на пораженный орган из нервной системы – биологический механизм патогенеза;
  - 4) коррекция функциональных изменений в пораженном органе – клинико-биологический механизм патогенеза.

При лечении хронических психосоматических заболеваний (бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатiperстной кишки – вариант хронических болез-

ней с преимущественным поражением органов, состоящих из гладкой мускулатуры), в течение года удается в  $\square$  (76%) случаев отменить медикаментозную терапию или уменьшить дозы и количество принимаемых лекарств без рецидива заболеваний.

Прогностическими критериями высокого конечного результата терапии является наличие адекватного эргопатически рационализирующего отношения к болезни, хорошая регредиентная динамика соматических расстройств и сопровождающих основное заболевание неврологических проявлений в начальные 3-4 месяца лечения.

Таким образом, психотерапевтически ориентированная комплексная программа показана при лечении хронически протекающих заболеваний терапевтического профиля (психосоматического), малокурабельных при обычной медикаментозной терапии.

*Список использованной литературы:*

- 1. Гирич, Я.П. *Факторы риска и патогенетические механизмы при хронических неспецифических болезнях / Я.П. Гирич.* - Томск, 1998.
- 2. Рычков, Н.Н. *Возможности психотерапии в практике интернистов / Н.Н. Рычков, М.Р. Юнусов // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Костанай, 1996. - № 4. - С. 22-24.*
- 3. Юнусов, М.Р. *Возможности комплексной психотерапевтической программы при лечении малокурабельных форм внутренних органов / М.Р. Юнусов // Актуальные вопросы психиатрии. Сборник научных трудов к 100-летию республиканской клинической психиатрической больницы. - Алматы, 1997. - С. 210-217.*
- 4. Юнусов, М.Р. *Психопатологические программы в практике интернистов / М.Р. Юнусов // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Костанай, 1996. - № 1. – С. 41-50.*
- 5. Юнусов, М.Р. *Психотерапевтическая программа для врачей интернистов (методические рекомендации для врачей) / М.Р. Юнусов. - Костанай, 1996. – 17 с.*

---

---

## ПСИХИАТРИЯ

УДК 614.88 : 616.89

### ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ В ПАВЛОДАРЕ

К.К. Ахметжанов

главный врач КГКП «Станция скорой медицинской помощи г. Павлодара», к.м.н.

Скорая психиатрическая помощь является видом гарантированной государством психиатрической помощи. В системе психиатрической службы ей принадлежит особенно важная роль. Специализированные бригады скорой психиатрической помощи функционируют в нашей стране, начиная с 1928 года. В конце 50-х - начале 60-х годов они получили более широкое распространение. В настоящее время скорая психиатрическая помощь в городах осуществляется в большинстве регионов Казахстана. Вместе с тем, организации этого вида помощи уделяется еще недостаточно внимания.

В крупных городах Казахстана круглосуточно функционирует служба скорой и неотложной психиатрической помощи. В областных центрах Республики Казахстан (далее РК) скорая психиатрическая помощь организуется при областном психоневрологическом диспансере. В районных центрах и сельской местности скорую и неотложную психиатрическую помощь оказывают районные психоневрологические диспансеры и лечебные учреждения общесоматической сети. В дневное время все срочные вызовы к больным, находящимся дома, в соматических больницах, родильных домах или лечебных учреждениях специализированного типа (противотуберкулезные, кожно-венерологические больницы и т. д.), выполняют врачи районных психоневрологических диспансеров.

В городе Павлодаре экстренная психиатрическая помощь в течение 25 лет оказывается психиатрической бригадой станции скорой помощи. Медицинский персонал станции «Скорой и неотложной помощи» круглосуточно выезжает по вызовам из учреждений, предприятий и отделений милиции, а в часы, когда закрыты психиатрические диспансеры, - по всем вызовам, которые обычно адресуются участковым психиатрам. В составе бригады круглосуточно работают врач-психиатр, фельдшер, санитар, водитель. Все врачи-психиатры, а их на станции «Скорой и неотложной помощи» Павлодара четверо, имеют стаж работы по специальности более 10 лет. Регулярно (раз в пять лет) они повышают свой профессиональный уровень на циклах повышения квалификации по психиатрии, все имеют сертификаты врачей-психиатров. Фельдшеры и санитары психиатрической бригады обучены работе с больными психическими заболеваниями в остром

состоянии. Бригада оснащена аппаратурой, инструментарием, набором медикаментов, необходимых для оказания экстренной помощи при острых психических расстройствах.

Основной задачей психиатрической бригады является оказание скорой психиатрической помощи в случаях внезапного развития или обострения психических расстройств в любом месте пребывания пациента, включая медицинские учреждения. Помощь может ограничиваться медицинскими мероприятиями после осмотра пациента, рекомендацией обращения в психоневрологический диспансер (отделение, кабинет) или сопровождаться госпитализацией в психиатрический стационар. Кроме того, психиатрическая бригада выполняет задачу транспортировки психически больных лиц по направлению врача-психиатра с использованием специального автотранспорта и в сопровождении подготовленного среднего медицинского персонала.

Особое значение работа психиатрических бригад приобретает в современных условиях в связи с введением правовых норм, относящихся к психиатрическому освидетельствованию и госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке. В связи с этим, значительно повысилась ответственность врача психиатрической бригады за принятие решения о госпитализации, а работа психиатрических бригад значительно усложнилась. Скорая психиатрическая помощь оказалась на переднем крае реализации законодательства в области психиатрии.

В главе 20 Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения РК сформулирован *порядок оказания медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями)*. Статьями 116-129 определен порядок оказания и госпитализации больных, страдающих психическими заболеваниями.

Определение наличия или отсутствия у лица психического расстройства, а также установление диагноза психического заболевания является компетенцией врача-психиатра.

Врачи других специальностей, встречаясь со случаями, вызывающими подозрение на наличие психического расстройства, свои диагностические заключения об этом могут выносить предположительно, например: «*Острое психическое расстройство*»

ство?». В дальнейшем необходима консультация врача-психиатра.

Психиатрическое освидетельствование и госпитализация, обычно осуществляемые с участием бригад скорой психиатрической помощи, могут быть добровольными, когда больной сам обращается к врачу или не возражает против осмотра врачом-психиатром и госпитализации, либо недобровольными, когда пациент освидетельствуется и госпитализируется вопреки его желанию.

Возрастание частоты психической патологии, отмечаемое повсеместно в последние годы, происходит не за счет учащения тяжелых острых, инкурабельных психозов. Напротив, проявления психических нарушений стали мягче, «незаметнее», терпимее для окружающих. Среди различных слоев населения увеличилось число непсихотических психических расстройств.

Все вызовы по поводу психомоторных возбуждений в Павлодаре поступают в диспетчерскую станцию «Скорой медицинской помощи», по прямым вводам 103. разработан специальный алгоритм приема вызова, вызов шифруется и передается психиатрической бригаде. Число вызовов с острыми психическими расстройствами по данным службы скорой помощи города Павлодара составляет 2% от общего числа выполненных вызовов.

Психиатрической бригадой скорой помощи г. Павлодара неотложная психиатрическая помощь оказывается пациентам, которые нередко страдают тяжелыми психическими расстройствами и по своему психическому состоянию могут представлять опасность, как для себя, так и для окружающих. При этом такие меры как газовые баллончики, наручники не применяются. Особенности оказания помощи заключаются в необходимости в тоже время строгого выполнения ряда мер, направленных на предупреждение суицидальных действий, агрессии, нанесения больным телесных повреждений самому себе, окружающим его лицам, а также оказывающему помощь медицинскому персоналу.

Число доставляемых бригадой скорой помощи больных с острыми психическими расстройствами составляет 20% от числа лиц, осматриваемых врачом психиатрической бригады, в среднем на госпитализацию ежедневно доставляется 8 больных.

При доставке больного на госпитализацию врач заполняется сопроводительный лист, в котором врачи-психиатры станции «Скорой помощи» города Павлодара дают краткое описание психического состояния пациента, анамнестические сведения, предположительный диагноз, а также место работы, должность, фамилия врача, направляющего больного в стационар, время госпитализации. При этом врач обязан представить обоснование медицинских и социальных показаний к неотложной госпитализации. Таким показанием является опасность больного для окружающих лиц и для себя самого,

вытекающая из манифестирующих у него психических нарушений. К ним относятся острые психотические состояния со склонностью к агрессии и импульсивным действиям; систематизированный, в том числе и ипохондрический, бред, если он определяет общественно опасное поведение больного, агрессию в отношении окружающих; депрессии с суицидальными тенденциями; маниакальные состояния с агрессией и нарушением общественного порядка; острые психотические состояния у олигофронов и у больных с остаточными явлениями органического поражения ЦНС, проявляющиеся возбуждением, агрессией и другими поступками, опасными как для самих больных, так и для окружающих.

Не подлежат неотложной госпитализации в психиатрическую больницу лица в состоянии простого (даже тяжелого) алкогольного опьянения, а также в состоянии интоксикации наркотическими веществами (за исключением острых интоксикационных и алкогольных психозов), при антисоциальных поступках и отсутствии психического заболевания (даже если выражены остаточные явления черепно-мозговой травмы либо психопатические черты характера). При выполнении вызовов к перечисленным категориям лиц составляют для врача психиатрической бригады определенную сложность, как в диагностическом смысле, так и социальном, так как врач бригады скорой помощи ограничен во времени и возможностях при постановке правильного диагноза на догоспитальном этапе. С целью помочи врачам при постановке правильного диагноза администрацией станции «Скорой помощи» г. Павлодара решаются вопросы современного оснащения бригады. В 2011 году для психиатрической бригады приобретен портативный эхоэнцефалоскоп, который помогает врачам в случаях острых психомоторных возбуждений исключить черепно-мозговую травму как причину психомоторного возбуждения.

В ряде случаев состояние больных требует безотлагательных (предшествующих госпитализации) мер по надзору и организации лечебной помощи. Чаще всего такая ситуация возникает при психомоторном возбуждении, а также при незавершенном суициде (медицинская помощь в случаях незавершенного суицида зависит от имеющихся у больного повреждений). При оказании медицинской помощи больным с психомоторным возбуждением врачу психиатрической бригады приходится принимать решение по выбору лечебных мероприятий. Лечебные мероприятия при острых и неотложных состояниях в психиатрии на догоспитальном этапе психиатрической бригадой станции «Скорой помощи» г. Павлодара проводятся с учетом клинической и социальной картины.

С учетом протоколов диагностики и лечения при наличии показаний врач-психиатр принимает решение о госпитализации пациента. В этом случае назначение лекарственных средств, в первую очередь,

применяется для купирования или уменьшения выраженности психомоторного возбуждения.

Применение психотропных средств для уменьшения аффективной напряжённости, охваченности психопатологическими переживаниями, смягчения тревоги и страха способствует большей безопасности при транспортировке пациента и приводит к уменьшению использования мер удерживания, фиксации, иммобилизации возбуждённого больного. Другой вид неотложных лечебных мероприятий связан с необходимостью оказания помощи, не сопровождающейся госпитализацией пациента. Речь идёт о лицах с широким кругом состояний, в том числе не представляющих собой тяжёлого психического расстройства, нуждающихся в неотложной помощи психиатра, которая может быть оказана амбулаторно. К ним относятся, в частности, расстройства не-психотического уровня (неврозы, психогенные реакции, декомпенсации при психопатиях), некоторые

случаи транзиторных иrudimentарных экзогенно-органических психических нарушений (транзиторные психические расстройства сосудистого, интоксикационного генеза, неврозоподобные и часть аффективных психопатоподобных состояний при хронических психических заболеваниях, побочные эффекты психотропных средств, назначаемых пациентам в психоневрологических диспансерах).

В последние несколько лет в Павлодаре отмечается улучшение качества оказания помощи больным с психическими расстройствами психиатрическими бригадами станции «Скорой помощи». Об этом свидетельствуют как показатели по скорой помощи (снижение процента доставляемых на госпитализацию, повышение процента госпитализации), так и полная удовлетворенность пациентов и родственников уровнем и объёмом оказания медицинской помощи психиатрическими бригадами станции «Скорой помощи» (по данным анкетирования).

*Список используемой литературы:*

1. *O проблемах развития психиатрической службы.* // В кн.: Материалы XII съезда психиатров России. - М., 1995. - С. 75-76.
2. *Организация психиатрической помощи больным с психическими расстройствами в учреждениях общемедицинской сети (принципы и модели интегративной медицины).* // В кн.: Пограничная психическая патология в общемедицинской практике. - М., 2000 (в печати) (в соавт.).
3. *Организация работы бригад скорой психиатрической помощи (методическое руководство).* - М., 1998.
4. *Соматопсихиатрия и неотложная психиатрическая помощь.* // Социальная и клиническая психиатрия. - 1997. — №1. - С. 116-118.
5. *Mental disorders inpatients of large general hospital.* // В кн.: Материалы международного симпозиума «Актуальные проблемы социальной психиатрии». - Kromeris, 1989.

УДК 616.091

## **АНАЛИЗ ОБНАРУЖЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ, СОВЕРШИВШИХ ПРОТИВОПРАВНЫЕ ДЕЯНИЯ**

Н.А. Грапова

эксперт-психиатр, ГУ «Центр военной медицины Министерства обороны Республики Казахстан», Алматы

С феноменом противоправного поведения в детско-подростковом возрасте, как с социально значимой проблемой, наиболее цивилизованные страны столкнулись в конце XIX столетия. Тогда внезапный рост преступности у несовершеннолетних стали связывать с социально-экономическими потрясениями, революциями и войнами, происходящими в Западной Европе и Америке. Анализируя специфику и характер криминальных поступков, совершаемых несовершеннолетними, выделялись отличительные психологические особенности преступников. Было выяснено, что цинизм и жестокость составляли отличительные черты только немногих, в общем же

были характерны нравственный упадок, невежество, слабость характера и легкомыслие.

В современных исследованиях, проводимых судебными и подростковыми психиатрами, отмечается рост количества преступлений, совершенных несовершеннолетними (детьми и подростками) в последние годы. Криминальные деяния, совершаемые несовершеннолетними, обусловлены не только патологическими, но и не болезненными мотивами. (Гурьева В.А., Дмитриева Т.Н. и соавт., 2007; Вострокнутов Н.В., Василевский В.Г., 2000; Дмитриева Т.Б., Шостакович Б.В., 2002; Вострокнутов Н.В., Дозорцева Е.Г., Пережогин Л.О., Русина В.В., 2002).

Особое социальное значение проблемы асоциального поведения у несовершеннолетних лиц, бурный рост криминологических показателей, отражающих неблагоприятную ситуацию в подростковой популяции, подтверждают и официальные статистические сведения. Так, в Российской Федерации с 1989 по 2000 годы количество участников преступлений в возрасте 16-17 лет увеличилось на 55%, а количество несовершеннолетних правонарушителей, не достигших 14 лет (возраст привлечения к уголовной ответственности), возросло на 14,6%. В 2000 году удельный вес тяжких и особо тяжких преступлений составил 71% от общего числа правонарушений, совершенных подростками. При этом более 60% преступлений совершается подростковыми группами.

При производстве амбулаторного судебно-психиатрического освидетельствования подростков возникают трудности разграничения патологических и непатологических форм криминального поведения, обусловленных особенностями подростковой психики, несформированностью и мозаичностью личностных структур, определяющих тип реагирования, своеобразием последствий различных социальных воздействий с нарушением социализации.

Целями данной статьи являются:

- а) определение наиболее часто встречающихся психических и поведенческих расстройств при противоправном поведении в подростковом возрасте и их обобщенная характеристика;
- б) систематика противоправных деяний подростков;
- в) исследование роли нарушенного развития, психопатологических и социальных факторов в генезе криминального поведения у несовершеннолетних.

Материалом исследования явились заключения комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз, проведенных экспертами Центра военной медицины Министерства обороны Республики Казахстан (МО РК) (г. Алматы, РК). Было изучено 64 наблюдения (подростки мужского и женского полов в возрасте 16-18 лет), совершивших то или иное противоправное деяние в период 2008-2010 годов. Указанные подростки привлекались к уголовной ответственности и проходили по делу в статусе обвиняемых. Совершенный криминал был представлен преступлениями против собственности (статьи Уголовного кодекса Республики Казахстан (далее УК РК) 175, 177, 178, 179, 185), личности (статья 103 УК РК), общественного порядка (статья 257 УК РК). В целом, по статье 175 УК РК к ответственности привлекалось 5 человек, по статьям 177, 257, 102 УК РК – по 1 человеку, по статье 178 УК РК - 28 человек, по статье 179 УК РК - 24 человека, по статье 185 УК РК – 4 человека. В группе преступления были совершены 18 из 24 человек по статье 179 УК РК, 19 из 28 человек по статье 178 УК РК, 2 из четырех по статье 185 УК РК. Т.е из 64 преступлений в 41 случае под-

ростки действовали сообща. Психические отклонения в группе подследственных несовершеннолетних были выявлены в 22 случаях (34,3%). Нозологическая психическая патология распределилась следующим образом:

- социализированное расстройство поведения (8 чел. – около 36%);
- несоциализированное расстройство поведения (1 чел. – 4,5%);
- органическое расстройство поведения вследствие дисфункции головного мозга (6 чел. – около 27%);
- умственная отсталость (6 чел. - около 27%);
- патологическое влечение к азартным играм (1 чел. 4,5%).

Групповые правонарушения лицами с психической патологией совершались только в 8 случаях, в остальных - подростки действовали самостоятельно. Группы правонарушителей у лиц с психической патологией состояли как из 2-3 психически нездоровых подростков, так и из больных и здоровых в психическом отношении ребят. Психическая патология в случаях групповых правонарушений была большей частью представлена социализированным расстройством поведения. Подростки с более тяжелой психической патологией чаще совершали преступления в одиночестве. В 42 случаях (65,7% случаев) противоправные деяния совершались психически здоровыми подростками. В большей части криминальные деяния совершались подростками из неблагополучных семей, часто - воспитанников детских домов и интернатов, воспитывавшихся в атмосфере безнадзорности и гипоопеки, подвергавшихся агрессии и унижениям со стороны окружающих (в том числе родителей, опекунов, воспитателей и администрации детских учреждений), что способствовало формированию аффективной неустойчивости. Психическая патология обнаруживалась именно среди данной категории несовершеннолетних лиц.

При анализе личностных особенностей подростков-правонарушителей, признанных психически здоровыми, у 32 человек были обнаружены акцентуированные черты характера, зачастую очень яркие и не способствующие успешной социализации. Из данной группы уже имели опыт привлечения к уголовной ответственности или состояли на внутришкольном учете 27 человек. Значительно реже (15 чел.) противоправные поступки совершались до сих пор считавшимися благополучными подростками. Как правило, делинквентное поведение этой категории несовершеннолетних являлось по своей сути выражением реакции эманципации и/или попытками самоактуализации, которые приобрели чрезмерный характер, в условиях определенной фruстрации (смена места учебы, жизненного стереотипа) при выраженном асоциальном влиянии среды.

Таким образом, анализ правонарушений, совершенных подростками, показал, что, в основном,

преступления совершались психически здоровыми лицами (42 чел. из 64 чел.), преимущественно мужского пола (55 чел. из 64). Преступления подавляющим образом совершались против собственности (62 из 64 чел.). Доминирующим видом психической патологии среди подростков-правонарушителей являлось социализированное расстройство поведения,

однако часто обнаруживались легкая умственная отсталость (6 чел.) и органическое расстройство личности и поведения (6 чел.). Тем не менее, мотивы совершения противоправных деяний подростками, в том числе и с психической патологией, имели не болезненный характер и были связаны с самоактуализацией.

*Список литературы:*

1. Гурьева, В.А. *Психопатология подросткового возраста* / В.А. Гурьева, В.Я. Семке, В.Я. Гиндикин - Томск: Изд. ТГУ, 1994. – 310 с.
2. Гурьева, В.А. *Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних* / В.А. Гурьева, Е.В. Макушкин // Руководство по судебной психиатрии / Под ред. Дмитриевой Т.Б., Шостаковича Б.В., Ткаченко А.А. – М.: Медицина, 2004. – С. 139-156.
3. Дмитриева, Т.Б. *Клиническая и судебная подростковая психиатрия* / Т.Б. Дмитриева, В.А. Гурьева, Е.В. Макушкин. - М.: МИА, 2007. - 488 с.
4. Дмитриева, Т.Б. *Агрессия и психическое здоровье* / Т.Б. Дмитриева, Б.В. Шостакович – СПб: Юридический центр Пресс, 2002. - 464 с.
5. Вострокнутов, Н.В. *Социальная и психиатрическая помощь детям с риском безнадзорности и криминальной активности* / Н.В. Вострокнутов, Е.Г. Дозорцева, Л.О. Пережогин, В.В. Русина: Методические рекомендации. - М.: РИО ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2002. – 24 с.
6. Вострокнутов, Н.В. *Патологическое агрессивное поведение детей и подростков. Комплексная оценка на этапах возрастного психического развития* / Н.В. Вострокнутов, В.Г. Василевский // Российский психиатрический журнал: научно-практический журнал. - 2000. - № 2. - С. 12-19.

УДК 616.89

## АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

М.А. Даненова

участковый врач-психиатр ГУ «Костанайская областная психиатрическая больница», г. Костанай (РК)

В каждодневной практике лечения психических заболеваний основную и решающую роль играет поддерживающая амбулаторная терапия психотропными препаратами, что определяет этот вид биологического воздействия на пациентов как наиважнейшее звено в системе оказания психиатрической помощи. К факторам, способствующим поддержанию душевного здоровья больных в период приема препаратов в домашних условиях, относятся: постоянный стереотип жизни, общение с близкими людьми, личная свобода, благоприятное разрешение повседневных проблем. По предложенной методике Г.В. Зеневича и согласно действующему приказу МЗ РК № 15 от 06.01.2011 года «Об утверждении положения о деятельности психиатрических организаций в РК» - психически больные, состоящие на диспансерном учете, подразделяются на 5 групп динамического наблюдения.

Мною было обследовано 404 больных одного диспансерного участка. По нозологическим формам это число больных распределилось следующим

образом: с диагнозом: Шизофрения – 173 человека, что составляет 42,8%; с диагнозом: Эпилепсия – 45 человек (11,1%); с органическим поражением ЦНС – 59 человек (14,6%); с диагнозом: Олигофrenия – 62 человека (15,3%); прочие психические заболевания – 65 человек (16,0%). Анализ особенностей амбулаторного лечения проводился преимущественно среди лиц, наблюдающихся по первой и третьей группе диспансерного учета (ДУ), хотя поддерживающую амбулаторную терапию получают и больные, относящиеся к пятой группе ДУ, но данная группа в условиях нашего диспансерного подразделения находится в отдельной структуре.

По количественному расчету первая и третья группы ДУ среди больных распределились следующим образом: ДУ-1 - 192 человека, ДУ-3 - 212 человек. Следует отметить, что количество больных, состоящих на диспансерном учёте, подвергалось изменениям, так как в течение года некоторые из больных переводились в другие группы учёта, снимались с ДУ в связи со стойкими ремис-

сиями, сменой места жительства, смертью или иными обстоятельствами.

Лекарственные препараты поддерживающей терапии в амбулаторных условиях отпускаются на льготных условиях в соответствии с Кодексом здоровья РК «О здоровье народа и системе здравоохранения». Исходя из потребностей пациентов, в перечень льготных препаратов входят нейролептики как типичные, так и нового поколения, а также антидепрессанты, транквилизаторы, противосудорожные препараты, корректоры. Наиболее часто больным шизофренией назначаются нейролептики–антисихотики (галоперидола деканоат, сенорм, аминазин, азалептол, трифтазин). Однако в последние годы более широкое применение получили атипичные нейролептики (рисполепт, зипрекса, солиан). Для больных эпилепсией перечень бесплатных препаратов несколько шире – бензонал, карбамазепин, конвулекс, депакин-хроно, ламиктал, топамакс. Пациенты с органическим поражением ЦНС, олигофренией чаще получают нейролептики с седативным действием, транквилизаторы.

Обострений заболевания с помещением пациентов на стационарное лечение за год было 41 случай, из них 7 больных – по 3 раза, 6 больных - по 4 раза. Это дает основание делать выводы об эффективности амбулаторной поддерживающей терапии. Среди больных, помещенных на стационарное лечение, больше всего было больных с тяжелыми формами течения эндогенного процесса, с учащением судорожных приступов при эпилепсии, с расстройством поведения и эмоционально-волевой неустойчивостью при органическом поражении ЦНС и олигофренией.

Обострениям психического заболевания чаще всего способствовали неблагоприятная социальная среда, бесконтрольность и самовольное прекращение больными приема лекарств, массивные психотравмирующие ситуации, алкоголизация и психопатоподобное поведение больных. Количество больных, состояние которых оставалось стабильным, составило 363 человека, т.е. большая часть всей выборки, что в очередной раз доказывает мощность фактора амбулаторной поддерживающей терапии в улучшении психического здоровья населения.

В повседневной работе с пациентами выявляется ряд вопросов, которые требуют детального изучения, пересмотра факторов амбулаторного ведения и реабилитации психически больных. Хотелось бы остановиться на наиболее важных, на мой взгляд, проблемах. Ведь многие больные, чаще всего с различными формами шизофрении, длительно, порой годами принимают однообразное стереотипное лечение одними и теми же препаратами в одиних и тех же дозировках, что порождает так называемую «лекарственную зависимость» и необоснованный прием психотропных средств даже в период качественной, длительной ремиссии. Они крайне неохотно, а

порой и вовсе не соглашаются с предложением врача видоизменить лечение, отойти от привычной схемы приема, как в виде смены препаратов, так и в виде уменьшения или при необходимости увеличения дозировок.

Кроме того, в большинстве случаев больные принимают препараты, которые предоставляются им бесплатно, и у них возникает убежденность в безговорочной выписке врачом одного и того же препарата, к тому же у этих пациентов с годами вырабатывается стереотип посещения врача лишь для выписки лекарственных средств. В общении с больными становится очевидным то, что они не всегда принимают назначенное лечение, в результате чего психотропные препараты в большом количестве накапливаются в домашних аптечках. В работе с больными эпилепсией замечено характерное установочное поведение, когда больные в беседе охотно сообщают о частоте развернутых приступов от одного до четырех-пяти раз в месяц – на фоне массивной комбинированной противосудорожной терапии, что вряд ли может соответствовать действительности. Зачастую у таких больных выражено чувство страха – они боятся нарушить привычную схему лечения, а также зачастую опасаются лишения пособия по инвалидности при очередном переосвидетельствовании, поэтому больные говорят о наличии приступов, как бы имея вторичную «выгоду» от этого. Своебразные личностные изменения этой категории больных – излишняя педантичность, мнильность – также мешают внесению коррекции в лечение, его видоизменению.

Существующей стереотипизации амбулаторного лечения способствует также ограниченный перечень препаратов, отпускаемых по льготным рецептам бесплатно. Если по какой-то причине лекарство не поступает в определенные аптеки, больные чаще всего отказываются от приобретения препаратов за свой счет из-за низких доходов и ожидают поступления бесплатных препаратов. По этим причинам участковым психиатрам порой сложно назначить адекватную амбулаторную терапию в соответствии с их психическим состоянием. Большинство пациентов соглашаются получать только бесплатные препараты, арсенал которых весьма ограничен.

В амбулаторной сфере лекарственного ведения имеется также категория больных, которые настойчиво стремятся получить дополнительное количество отдельных препаратов. Такое поведение отмечается у больных с токсикоманическими тенденциями при выписке транквилизаторов.

Кроме того, в амбулаторных условиях затруднен контроль кратности, правильности и способа и приема лекарственных средств пациентами. Некоторые больные пропускают сроки установленного приема, другие и вовсе отказываются принимать препараты. В таких случаях ответственность ложится на родственников больных, которым приходится добавлять

препарат в пищу, что в свою очередь формирует у больных шизофренией идеи отравления. В связи с этим, в последующем у многих больных возникают негативные реакции, оппозиционная настроенность к близким людям - вплоть до проявления агрессии.

Также в некоторых случаях имеется тенденция проявления «жалости» родственников, которые, искренне переживая за своих больных членов семьи, не дают предписанные врачом лекарственные средства, опасаясь возникновения возможных побочных осложнений. Они ищут совета у знакомых, самовольно видоизменяют лечение, обращаются к «целителям», считая что их народные средства лучше, чем нейролептики действуют на больных, т.е. не вызывают нейролептических осложнений. Такое поведение родственников только затягивает амбулаторное лечение, оно становится неэффективным, что вырабатывает предубежденность против лечения в психиатрическом стационаре в период явных обострений болезни.

Таким образом, всё вышеизложенное показывает, что амбулаторное лечение психически больных является одной из основных составляющих лечебно-реабилитационного воздействия на пациентов. Участковым врачам-психиатрам необходимо тщательное изучение и отслеживание правильности приема лекарств больными, условий их жизни, семейного окружения. В амбулаторных условиях предпочтительно использовать для поддерживаю-

щей терапии нейролептики пролонгированного действия, для больных шизофренией следует применять препараты нового поколения типа рисперидона, зипрексы, солиана ввиду удобства их приема (меньшая кратность приема, отсутствие необходимости назначения корректоров, более стойкие и длительные ремиссии при благоприятных формах течения болезни, улучшение качества жизни пациентов).

В перспективе для более эффективного лечения душевнобольных, находящихся на диспансерном учете, целесообразно обеспечивать их всем спектром препаратов по льготному отпуску, что дало бы возможность добиться более качественной ремиссии и эффективности амбулаторного лечения психически больных, показателями которого являются:

- отсутствие частых госпитализаций в психиатрический стационар;
- стойкое адекватное поведение в быту и на работе при малопрогредиентных шизофренических процессах и при эпилепсии с редкими приступами, без личностных изменений;
- отсутствие тенденций к социально-опасному поведению;
- критическое отношение к проявлению болезни;
- доверительное взаимоотношение со специалистами психиатрического диспансера – врачами, медицинскими сестрами, социальными работниками.

*Список использованной литературы:*

1. Авруцкий, Г.Я. *Лечение психически больных* / Г.Я. Авруцкий. – М.: Медицина, 1961.
2. Зеневич, Г.В. *Вопросы диспансеризации психически и нервно больных* / Г.В. Зеневич. – Ленинград: Медицина, изд.2-е, 1972.
3. Красик, Е.Д. *Внебольничная поддерживающая и купирующая терапия у больных шизофренией нейролептическими средствами. Показания, предупреждение и терапия побочных явлений, организация внебольничного лечения* / Е.Д. Красик. - Рязань, 1961.
4. Ротштейн, Г.А. *Проблема терапии шизофрении. Шизофрения* / Г.А. Ротштейн // Сб. статей. – 1965. - вып. 1.

УДК 616.89

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПАЛИПЕРИДОНА (ИНВЕГИ) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ ШИЗОФРЕНИИ**

Р.У. Доланбаева

врач-психиатр, Восточно-казахстанский областной психоневрологический диспансер, г. Усть-Каменогорск

Вот уже более четверти века, с момента введения в клиническую практику рисперидона, атипичные нейролептики являются препаратами первой линии для лечения шизофрении. За прошедшее десятилетие многочисленные представители этой фар-

макологической группы заняли прочное место в ряду препаратов выбора для купирования, лечения и предупреждения клинических проявлений разных форм этого заболевания. Обладая разной фармакокинетикой, препараты этого класса имеют значитель-

ные преимущества перед традиционными лекарственными средствами. Доказана возможность успешного применения всех атипичных антипсихотиков для эффективного купирования общепсихотических и позитивных симптомов заболевания (Во-вин Р.Я., 1989; Нуллер Ю.Л., 2002; Daniel D. и соавт., 1999; Emsley R. и соавт., 2000; Kasper S. и соавт., 2003). Некоторые из этих препаратов обладают преимуществами перед типичными нейролептиками по воздействию на позитивные и, особенно, на негативные синдромы (Bilder R. и соавт., 2002; Lublin H. и соавт., 2005). Наиболее важным фактором, по мнению ряда учёных, является то, что атипичные антипсихотики по сравнению с традиционными антипсихотическими средствами снижают частоту рецидивов заболевания (Csernansky J., Schuchart E., 2002; Leucht S. и соавт., 2003). Однако применение антипсихотиков нового поколения может стать причиной значительного увеличения массы тела и оказывать негативное воздействие на метаболизм глюкозы и липидов – эти свойства ухудшают показатели их безопасности (Kane J. и соавт., 2004; Nasrallah H., Newcomer J., 2004; Newcomer J., 2004).

Именно по этим основным направлениям, очерченным выше, двигалась научная мысль при создании новых генераций атипичных антипсихотиков. Улучшение переносимости препарата, уменьшение побочных эффектов, наряду с постоянно повышающейся эффективностью – вот главная идея создателей препарата Инвега.

Инвега в таблетках длительного высвобождения (непатентованное международное название Палиперидон) – новый атипичный антипсихотик, относительно недавно зарегистрированный в Республике Казахстан. Препарат предназначен для приема 1 раз в сутки. Инвега создан по инновационной технологии OROS, которая обеспечивает контролируемую эффективную доставку в организм больного ее активного метаболита рисперидона. Благодаря этой технологии колебания уровня препарата в плазме в течение суток незначительны, т.е. не наблюдается резких колебаний уровня активного вещества в крови, столь характерного для большинства пероральных лекарственных препаратов (Karlsson и соавт., 2005). Это позволяет начинать лечение с терапевтически эффективной дозы без первоначального ее подбора.

В рамках настоящего исследования, проводимого на базе Восточно-Казахстанского областного психоневрологического диспансера (г. Усть-Каменогорск, Республика Казахстан), терапию препаратом Инвега получали 23 пациента (15 мужчин и 8 женщин; возраст мужчин от 27 до 44 лет, средний возраст  $37,4 \pm 2,6$  года; возраст женщин от 21 до 50 лет, средний возраст  $35,9 \pm 2,4$  года). Общий стаж заболевания к началу терапии Инвегой составлял от 2 до 22 лет (в среднем  $7,6 \pm 1,9$  года).

Эффективность Инвеги оценивалась с помощью шкалы оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS), шкалы оценки динамики состояния, клинической шкале общего клинического впечатления (CGI-I). Побочные эффекты фиксировались при помощи шкалы побочных эффектов (UKU).

Все наблюдаемые пациенты имели диагноз: Шизофрения по критериям МКБ-10; у 9 человек (5 мужчин, 4 женщины) был установлен диагноз: Приступообразно-прогредиентная шизофрения, у 14 (10 мужчин, 4 женщины) – диагностирована непрерывно прогредиентная форма заболевания.

Из сопутствующих соматических заболеваний отмечалась артериальная гипертония (4 пациента), сахарный диабет 2 типа (3 пациента), хронические заболевания ЖКТ (2 человека), пиелонефрит (2 пациента).

Переключение на Инвегу осуществлялось у 12 больных с типичных нейролептиков (галоперидол, хлорпротиксен, трифтазин, сонапакс). 11 больных были переведены на палиперидон с атипичных нейролептиков (рисполепт, азалептин, оланзапин). Переход с атипичных нейролептиков осуществлялся в связи с их недостаточной эффективностью у 4 больных, увеличением массы тела у 2 и повышением пролактина у 4 пациентов. Причинами перевода с типичных нейролептиков явились недостаточная эффективность (5 пациентов), акатизия (2 пациента), слюнотечение (2 пациентов) и экстрапирамидные нарушения (3 больных).

Исследуемый препарат назначался с учетом степени выраженности психопатологических нарушений. Дозировки препарата варьировали в пределах от 3 до 9 мг/сутки (рис. 1). Оценку эффективности по перечисленным выше шкалам проводили на 1, 7, 14, 28-е сутки терапии.

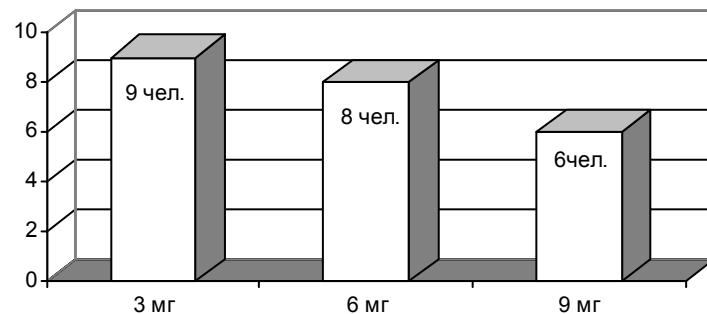


Рисунок 1. Используемые дозировки Инвеги (мг/сутки)

Начальный (зарегистрированный в 1-ый день) суммарный показатель шкалы PANSS у больных с непрерывным типом течения составил 79 баллов, с

приступообразно-прогредиентным типом течения – 81 балл. В дальнейшем, средний балл по шкале последовательно снижался (см рис. 2).

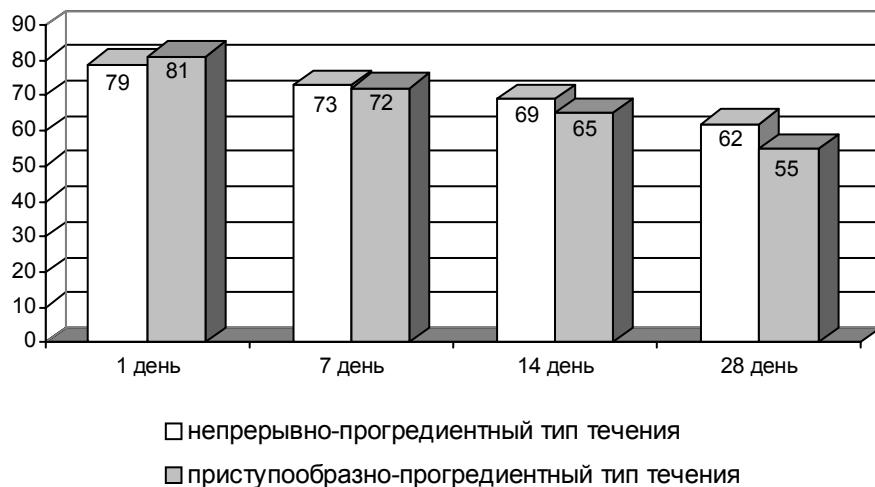


Рисунок 2. Динамика показателей по шкале PANSS в разных клинических группах

Наибольшую купирующую активность в отношении психотической симптоматики Инвега продемонстрировала у пациентов с приступообразно-прогредиентным типом течения шизофрении (средний процент снижения баллов PANSS – 32%); степень снижения в группе непрерывного течения составила 21,5%.

Результаты динамики состояния включённых в исследование пациентов представлены на рисунке 3. Как видно, субъективно наблюдаемый эффект от приёма препарата отмечается со 2-й недели применения Инвеги.

Аналогичные результаты по краткосрочной месячной активности Инвеги получены во всех клинических группах по шкале CGI. Обращает на себя внимание быстрота наступления эффекта палиперидона. Уже на 7-е сутки терапии значительная часть пациентов продемонстрировала положительную динамику по шкале CGI. Вследствие этого, Инвега мо-

жет быть рекомендован как препарат выбора для неотложной терапии обострений шизофрении.

Побочные явления зарегистрированы у 15 пациентов - 9 мужчин, 6 женщин (см. таблицу 1). Всего зарегистрировано 48 случаев проявления побочных эффектов от применения препарата. Чаще всего нежелательные явления, связанные с приемом Инвеги, носили дозозависимый характер. Из наиболее часто регистрируемых следует отметить: ЭПС – у 6 пациентов, повышение уровня пролактина – 5 пациентов, неэффективность проводимой терапии – 3 пациента. Всем пациентам проводилась регулярное (минимум 2 раза в течение наблюдения) ЭКГ-обследование; только у 1 пациента были выявлены удлинения интервала QT - более 500 мс.

### Выводы

По результатам данного исследования можно сделать вывод о достаточной терапевтической эф-

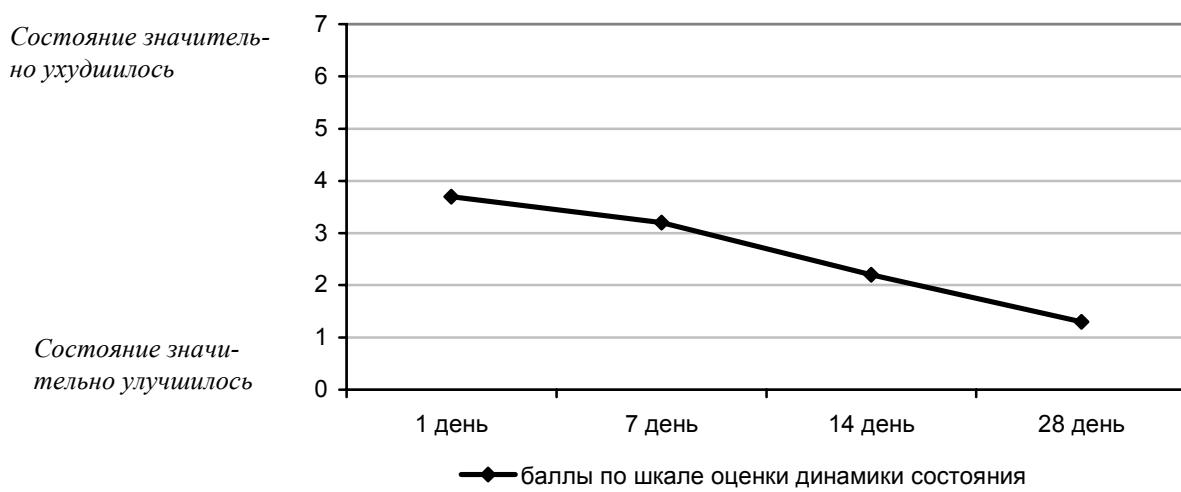


Рисунок 3. Динамика состояния пациентов

Таблица 1

*Побочные эффекты при применении Инвеги*

Наименование побочного эффекта	Кол-во наблюдений	
	Абсолютное число	%
<b>1. Психические побочные эффекты</b>	<b>7</b>	
Нарушения концентрации	2	8,7
Астения / вялость / повышенная утомляемость	2	8,7
Сонливость / седация	2	8,7
Нарушения памяти	1	4,3
<b>2. Неврологические побочные эффекты</b>	<b>20</b>	
Ригидность	5	21,7
Гипокинезия / акинезия	4	17,4
Тремор	6	26,1
Акатизия	5	21,7
<b>3. Вегетативные побочные эффекты</b>	<b>9</b>	
Усиленное слюноотделение (гиперсаливация)	2	8,7
Сниженное слюноотделение (сухость во рту)	1	4,3
Запоры	1	4,3
Ортостатизм	2	8,7
Учащенное сердцебиение / тахикардия	3	13,0
<b>4. Другие побочные эффекты</b>	<b>12</b>	
Прибавка в весе	1	4,3
Нарушения менструального цикла (гипоменоррея)	3	13,0
Галакторея	2	8,7
Гинекомастия	5	21,7
Эректильная дисфункция	1	4,3

фективности и хорошем профиле переносимости препарата Инвеги в диапазоне использованных дозировок (3-9 мг/сутки). Наглядным подтверждением этого является положительная динамика улучшения симптомов (шкалы PANSS и CGI) и относительно небольшой спектр побочных действий (шкала UKU).

Инвеги благодаря новой активной формуле действующего вещества (палиперидон) и инноваци-

онной технологии OROS зарекомендовал себя как эффективный и безопасный препарат для использования в стационарных условиях. Удобный режим дозирования облегчает установление комплаенса, а уникальная фармакокинетика и ограниченный метаболизм в печени позволяют эффективно и безопасно использовать этот препарат при терапии широкого круга пациентов с разными формами шизофрении.

*Список использованной литературы:*

1. Вовин, Р.Я. Клинические эффекты при психофармакологическом лечении. Фармакотерапевтические основы реабилитации психически больных / Р.Я. Вовин. - М., 1989. - С. 10-35.
2. Bilder, R.M. Neurocognitive effects of clozapine, olanzapine, risperidone, and haloperidol in patients with chronic schizophrenia or schizoaffective disorder / R.M. Bilder, R.S. Goldman, J. Volavka, P. Czobor, M. Hoptman, B. Sheitman, J.P. Lindenmayer, L. Citrome, J. McEvoy, M. Kunz, M. Chakos, T.B. Cooper, T.L. Horowitz, J.A. Lieberman // Am. J. Psychiatry 159 (2002) (6), pp. 1018–1028.
3. Csernansky, J.G. Relapse and rehospitalisation rates in patients with schizophrenia: effects of second generation antipsychotics / J.G. Csernansky, E.K. Schuchart // CNS Drugs. – 2002. – V. 16 (7). – P. 473–484.
4. Daniel, D.G. Ziprasidone 80 mg/day and 160 mg/day in the acute exacerbation of schizophrenia and schizoaffective disorder: a 6-week placebo-controlled trial / D.G. Daniel, D.L. Zimbroff, S.G. Potkin, K.R. Reeves, E.P. Harrigan, M. Lakshminarayanan and Ziprasidone Study Group // Neuropsychopharmacology 20 (1999) (5), pp. 491–505.
5. Emsley, R.A. A comparison of the effects of quetiapine ('seroquel') and haloperidol in schizophrenic patients with a history of and a demonstrated, partial response to conventional antipsychotic treatment / R.A. Emsley, J. Raniwalla, P.J. Bailey, A.M. Jones and PRIZE Study Group // Int. Clin. Psychopharmacol 15 (2000) (3), pp. 121–131.
6. Kane, J.M. Metabolic effects of treatment with atypical antipsychotics / J.M. Kane, E.J. Barrett, D.E. Casey, C.U. Correll, A.J. Gelenberg, S. Klein, J.W. Newcomer // J. Clin. Psychiatry 65 (2004) (11), pp. 1447–1455.
7. Karlsson, P. Pharmacokinetic and dopamine D2 and serotonin 5-HT2A receptor occupancy of paliperidone in healthy subjects / P. Karlsson, E. Dencker, S. Nyberg, E. Mannaert, S. Boom, K. Talluri, S. Rossenu, B. Eriksson, M. Eerdekkens, L. Farde // Eur. Neuropsychopharmacol 15 (2005) (Suppl 3), p. S385.

- 
- 
8. Kasper, S. Efficacy and safety of aripiprazole vs. haloperidol for long-term maintenance treatment following acute relapse of schizophrenia / S. Kasper, M.N. Lerman, R.D. Mc Quade, A. Saha, W.H. Carson, M. Ali, D. Archibald, G. Ingenito, R. Marcus, T. Pigott // Int. J. Neuropsychopharmacol 6 (2003) (4), pp. 325–337.
  9. Leucht, S. New generation antipsychotics versus low-potency conventional antipsychotics: a systematic review and metaanalysis / S. Leucht, K. Wahlbeck, J. Hamann et al. // Lancet. – 2003. – V. 361. – P. 1581–1589.
  10. Lublin, H. Current therapy issues and unmet clinical needs in the treatment of schizophrenia: a review of the new generation antipsychotics / H. Lublin, J. Eberhard, S. Levander // Int. Clin. Psychopharmacol 20 (2005) (4), pp. 183–198.
  11. Nasrallah, H.A. Atypical antipsychotics and metabolic dysregulation: evaluating the risk/benefit equation and improving the standard of care / H.A. Nasrallah, J.W. Newcomer // J. Clin. Psychopharmacol 24 (2004) (5 Suppl 1), pp. S7–S14.

УДК 616.853

## ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ТРУДОСПОСОБНОСТЬ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Т.И. Козинская

участковый врач-психиатр ГУ «Павлодарский областной психоневрологический диспансер»

Несмотря на положительные результаты фармакотерапии, помочь больным эpileпсией не может рассматриваться без социального аспекта. Эффективность лечения данного контингента больных повышается, если решаются вопросы реабилитации, воспитания, обучения, выбора профессии и трудоустройства, а также вопросы брака и семьи. Эpileпсия из медицинской проблемы переросла в проблему социальную. По данным доктора медицинских наук Болдырева А.И., стационарные больные составляют 8-10%, больные, которые наблюдаются амбулаторно и нуждаются в решении социальных вопросов, - это 90%. Факторы, влияющие на трудоспособность больных эpileпсией можно разделить на две большие группы:

- 1) биологические факторы, обусловленные болезнью;
- 2) внешние (средовые), то есть социальные факторы.

Данное разделение факторов весьма условно, так как биологические и социальные аспекты обусловлены и связаны. На трудоспособность больных эpileпсией оказывают влияние продолжительность заболевания, характер, частота припадков, а также личностные изменения. В определенных случаях течение заболевания не приводит к слабоумию, и такие больные до конца жизни сохраняют высокую работоспособность.

### Материалы и методы

В основу настоящего исследования положено изучение социального аспекта помощи лицам, больным эpileпсией. Материалом исследования стали собственные исследования автора, включа-

ющие статистические данные пациентов, состоявших на учете в областном психоневрологическом диспансере (г. Павлодар, РК).

Для установления корреляции между этиологией эpileпсии, а также давностью заболевания с одной стороны и трудоспособностью – с другой, проведено исследование 120 пациентов, страдающих эpileпсией в возрасте старше 18 лет, состоящих на учете в диспандере.

### Результаты и обсуждение

В контингенте обследованных лиц выявлена:

- эpileпсия неясной этиологии – 67 человек;
- эpileпсия инфекционная – 32;
- эpileпсия травматическая – 21.

Продолжительность заболевания у обследованных пациентов была разной. В зависимости от продолжительности заболевания больные были разделены на 3 группы:

- 1) от 1 до 5 лет – 25 человек;
- 2) от 5 до 15 лет – 39 человек;
- 3) от 15 и выше – 56 человек.

Среди лиц, больных эpileпсией неясного генеза, работающие составили 60%. Среди лиц, больных инфекционной эpileпсией, 56% - работающие, травматической эpileпсией – 64%.

Следовательно, сама по себе этиология не играет существенной роли в оценке трудоспособности.

На рисунке 1 представлены данные о трудоспособности лиц, больных эpileпсией.

Трудоспособность также не всегда зависит от длительности заболевания. В первой группе фактическая трудоспособность составила 66%, но по сравнению со второй группой (60%) не представляет

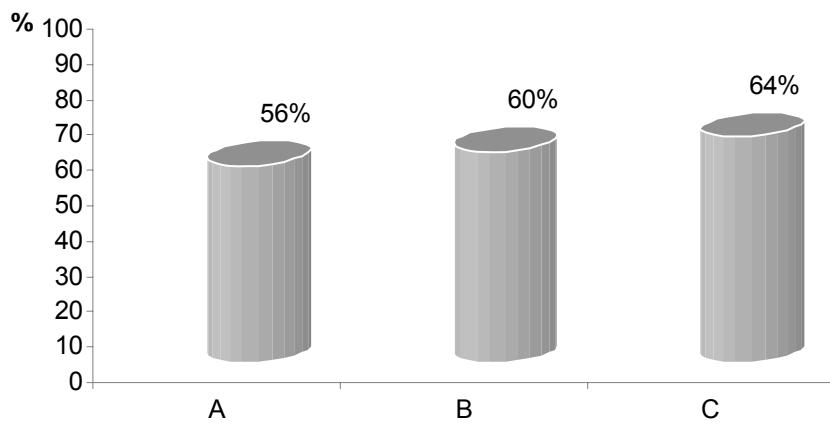


Рисунок 1. Трудоспособность больных эпилепсией инфекционной (A), неясной (B), травматической (C) этиологии

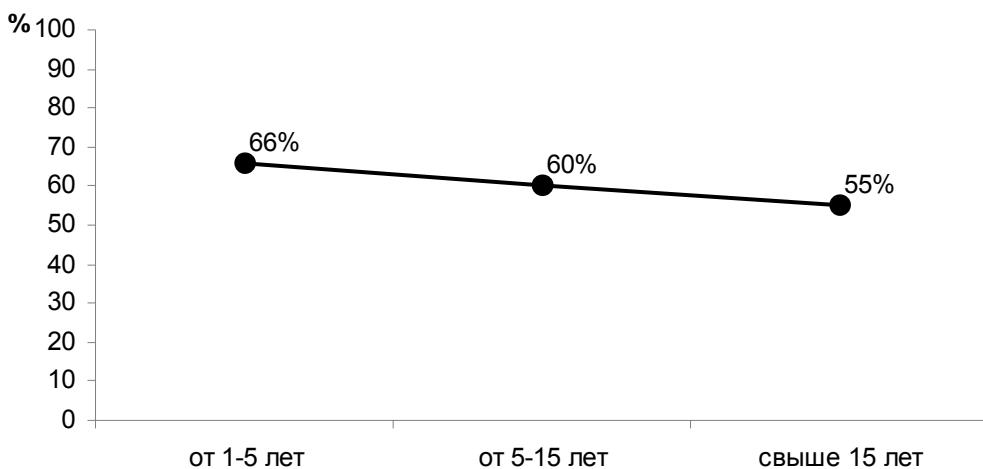


Рисунок 2. Зависимость фактической трудоспособности больных эпилепсией от длительности заболевания

существенных различий, что можно сказать и о третьей группе (55%) (рисунок 2).

Поэтому вряд ли можно считать, что основной причиной снижения работоспособности во всех трех группах является давность заболевания. Таким образом, снижение фактической трудоспособности в последующих группах обусловлено не продолжительностью заболевания, а другими моментами.

Имеет значение то обстоятельство, что часть больных, занятых до болезни на работах с опасными и не рекомендованными условиями труда, с развитием заболевания переводится на инвалидность и устраняется от прежней работы. Эти лица, не получив новой профессии и лишившись возможности работать по своей профессии, тем более если до инвалидности квалификация у них была невысокой, деквалифицируются и выключаются из трудовой деятельности. В этих случаях больные не работают не в силу тяжести заболевания, а ввиду того, что они не трудоустроены, а также вследствие недостаточной организации переобучения новым видам труда. Кроме того, больные не остаются безучастными к своей болезни. Чем позже по времени начинается эпилептический про-

цесс, тем быстрее появляются реактивные наслонения. При возникновении эпилепсии в зрелом возрасте реакции на заболевание бывают массивные и глубже, чем в случаях начала болезни в молодом возрасте.

### Предварительные выводы

Таким образом, фактор недостаточной организации трудоустройства и переобучения новым трудовым навыкам может быть устранимым. Для этого нужно улучшить трудоустройство и переобучение лиц, работавших до болезни по опасным и не рекомендованным профессиям. Показаны также специальные психотерапевтические занятия для профилактики и устранения реактивных наслонений.

Успешность трудоустройства во многом зависит от правильной организации трудовой деятельности больного эпилепсией. Для реализации этого администрации предприятий и учреждений, где работают больные эпилепсией, необходимо иметь тесный контакт с диспансерами, медико-социальной экспертизой (МСЭ) и совместно решать вопросы трудоспособности и трудоустройства больных.

---

---

**Литература:**

1. Акименко, М.А. *О реабилитации больных эпилепсией в период восстановления* / М.А. Акименко. – М., 1974.
2. Болдырев, А.И. *К вопросу о компенсации при эпилепсии* / А.И. Болдырев. – М.: Медицина, 1978.
3. Болдырев, А.И. *Социальный аспект больных эпилепсией* / А.И. Болдырев. – М.: Медицина, 1978.
4. Болдырев, А.И. *Современные задачи реабилитации больных эпилепсией* / А.И. Болдырев. – Томск, 1977.
5. Вайман, Л.И. *К вопросу о трудоустройстве больных эпилепсией* / Л.И. Вайман. – Ереван, 1976.
6. Горева, М. *Клинический и социально-трудовой прогноз при травматической эпилепсии* / М. Горева // Сборник трудов центрального НИИ экспертизы. – М., 1970.
7. Гуревич, Е.И. *Некоторые вопросы трудоспособности больных эпилепсией* / Е.И. Гуревич. – М.: Медицина, 1967.
8. Зеневич, Г.В. *Вопросы диспансеризации психически больных* / Г.В. Зеневич // 2-е изд. – Л.: Медицина, 1972.

УДК 616.89

## ОСОБЕННОСТИ КРИЗИСНЫХ СУИЦИДАЛЬНО-ОПАСНЫХ СОСТОЯНИЙ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХОПАТИЕЙ

Т.И. Козинская

участковый врач-психиатр ГУ «Павлодарский областной психоневрологический диспансер»

Н.П. Сысоева

заведующая III мужским отделением ГУ «Павлодарский областной психоневрологический диспансер»

Н.А. Жаксылыков

участковый врач-психиатр ГУ «Павлодарский областной психоневрологический диспансер»

Нами накоплен материал по изучению различных аспектов суицидального поведения у лиц практически здоровых, с пограничными расстройствами и у душевнобольных в разных возрастных категориях.

Установленные при этом корреляции феномена самоубийства с различного рода переменными клинико-психопатологического, психологического, социально-демографического характера позволили:

- изучить обще-возрастные особенности суицидального поведения в указанных контингентах населения;
- показать, что роль средовых, личностных и патологических факторов в генезе самоубийства, а также в клинической структуре и динамике суицидоопасных состояний в значительной степени определяются возрастным периодом.

Сопоставление и сравнительный анализ суицидоопасных состояний у психопатических личностей в зависимости от их формирования в разные возрастные периоды даёт возможность:

- a) определить роль возрастного фактора в генезе суицидального поведения;
- б) установить специфические клинические характеристики суицидоопасных состояний и

поведенческие особенности суицидальных тенденций на разных этапах онтогенетического развития.

Полученные при этом данные позволяют углубить знания о механизме и прогностических признаках личностей. В данной работе мы остановились лишь на некоторых вопросах, касающихся влияния возрастного фактора на закономерности формирования суицидального поведения у лиц, страдающих психопатией, независимо от её основных клинических типов.

### Материалы и методы

Исследование основано на материале амбулаторного звена, консультативной помощи по фактам суицидальных случаев, а также прошедших лечение в стационарных условиях психиатрической больницы с целью сравнительно-возрастного изучения суицидоопасных состояний у лиц, страдающих психопатией. За 3 последних года было обследовано 72 человека (46 женщин и 26 мужчин) трёх возрастных групп:

- 1) молодого возраста (17-25 лет);
- 2) среднего возраста (26-45 лет);
- 3) инволюционного, начало позднего возраста (46-60 лет).

---

## **Результаты и обсуждения**

Проведенное исследование выявило корреляционную зависимость между суицидальным поведением у психопатических личностей и определенными возрастными периодами.

Обнаружилась закономерность, характеризующаяся увеличением частоты различных форм суицидального поведения, включая суициальные попытки, в молодом и инволюционном возрасте и снижением суициальных проявлений в среднем возрасте. Выявленная закономерность связана, прежде всего, со значительным влиянием возрастного фактора на предрасположенность психопатической личности. По мере взросления частота суицидов и суицидального поведения в целом у психопатических личностей уменьшается. По нашим наблюдениям от 26 до 46 лет, особенно при хороших социальных условиях, происходит компенсация психопатии со значительным смягчением психопатических черт. С возрастом хрупкость психического аппарата психопатической личности вновь нарастает. Особенно это проявляется в инволюционном, пожилом и старческом возрасте, что связано с возрастными особенностями. Для различных возрастных периодов характерными оказались наиболее часто встречающиеся типы суицидогенных конфликтов.

Так, для первой группы обследованных лиц (17-25 лет) типичными были переживания, связанные с любовными взаимоотношениями, сексуальными

проблемами, трудностями и неудачами в учёбе, общением со сверстниками, родителями.

Мотивация второй группы (26-46 лет) – лично семейные конфликты, разводы, а также конфликты на работе.

В третьей группе (46-60 лет) психогенные реакции, связанные с утратой близких, неприязненным отношением детей, наличием тяжёлых соматических заболеваний.

Возраст *инволюции* является наиболее критическим для психопатической личности. Следует отметить, что роль возрастного фактора в генезе суицидального поведения у психопатических личностей заключается не только в значительном влиянии на суицидогенные факторы, но и в ослаблении обычно защитного социально-психологического статуса. Снижение с возрастом творческого потенциала, изменение социального статуса, социальная изоляция, одиночество, изменение материального положения, условий труда, быта, привычного жизненного стереотипа, изменение фона настроения со склонностью к подавленности – всё это снижает прочность антисуицидального барьера, повышая вероятность возникновения и реализации суицидальных тенденций.

Таким образом, проведенное исследование показало, что у лиц, страдающих психопатией, с возрастом роль личностных и средовых факторов в генезе суицидальноопасных состояний уменьшается, в то время как влияние патологических факторов возрастает.

### **Литература:**

1. Амбрумова, А.Г. *Семейная диагностика и профилактика суицидального поведения* / А.Г. Амбрумова. – М.: Медицина, 1977.
2. Амбрумова, А.Г. *К вопросу о суицидальном риске больных, страдающих шизофренией* / А.Г. Амбрумова, Г.А. Антохин. – М.: Медицина, 1977.
3. Давыдовский, И.В. *Геронтология* / И.В. Давыдовский. – М.: Медицина, 1966.
4. Зейгарник, Б.В. *Патопсихология* / Б.В. Зейгарник. – М.: МГУ, 1976.
5. Зурабашвили, А.Д. *Стержневые проблемы медицинской психологии* / А.Д. Зурабашвили // *Психология и медицина*. – М.: Медицина, 1986.
6. Ковалев, В.В. *Психиатрия детского возраста* / В.В. Ковалев. – М.: Медицина, 1979.
7. Кон, И.С. *Психология старшеклассника* / И.С. Кон. – М.: Просвещение, 1980.
8. Краснов, В.Н. *Некоторые клинические особенности протагированных психогенных депрессий* / В.Н. Краснов. – М.: Медицина, 1982.
9. Кудрявцев, И.А. *Реактивные психозы* / И.А. Кудрявцев. – Киев: Здоровье, 1988.
10. Личко, А.Е. *Психопатии и акцентуации характера* / А.Е. Личко. – Л.: Медицина, 1983.
11. Личко, А.Е. *Подростковая психопатия* / А.Е. Личко. – Л.: Медицина, 1985.
12. Морозов, Г.В. *Вопросы детерминизма в психиатрии* / Г.В. Морозов. – М.: Медицина, 1984.
13. Нуллер, Ю.Л. *Аффективные психозы* / Ю.Л. Нуллер, И.Н. Михаленко. – Л.: Медицина, 1988.
14. Снежневский, А.В. *Руководство по психиатрии* / А.В. Снежневский. – М.: Медицина, 1983. - II том.
15. Тихоненко, В.А. *Диагностика суицидального поведения* / В.А. Тихоненко. – М.: НИИ, 1980.

---

## НАРКОЛОГИЯ

---

УДК 616.89

### ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ АЛКОГОЛЬНОГО СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА

Р.К. Бектемиров

врач-невропатолог ГУ «Павлодарский областной психоневрологический диспансер»

Одним из важных предикторов злокачественности и прогноза течения алкоголизма является, несомненно, судорожный синдром. Его наличие, бесспорно, свидетельствует о масштабах поражения нервной ткани головного мозга - с одной стороны (как морфологическая основа), с другой же стороны - о глубине психопатологических нарушений (как функциональная основа).

Эpileптические припадки при алкоголизме связаны с токсическим воздействием алкоголя и развитием метаболических нарушений, что приводит к развитию острой токсической и метаболической энцефалопатии, - к повышению нейрональной активности (Карлов В.А., 1990). Абстинентные эpileптические припадки считают эpileптической реакцией (Болдырев А.И., 1984) или ситуационно-обусловленными припадками (Однак М.М., 1997), или спровоцированными (Штульман Д.Р., 2002); это означает, что алкогольный судорожный синдром не требует специального лечения, он проходит, если удается излечить основное заболевание (Верещагин Н.В., 1989).

Исходя из практических аспектов, судороги, сопутствуют и сигнализируют о прогрессировании болезненного процесса, движении патологии к исходному состоянию. Указание в анамнезе на единичные судорожные реакции, по мере прогрессирования заболевания (при продолжении активной алкоголизации), оформляются в самостоятельный синдром и свидетельствуют о развитии осложнения – алкогольной энцефалопатии. Органическая основа в заболевании в свою очередь приводит к соматизации клиники алкоголизма, утяжелению соматического и неврологического фона, неблагоприятности прогноза с трансформацией течения в непрерывно-прогредиентный тип.

Необходимо помнить, что в своей практике врачи-наркологи могут встретиться как с судорожными реакциями, так и с проявлениями судорожного синдрома. Принципиальными диагностическими критериями являются клиническая завершенность, комплексность и взаимосвязь с другими синдромальными образованиями в клинике алкоголизма.

Реакция, как правило, представляет собой единичный эпизод судорожного пароксизма, носит, исходя из названия, реактивный характер, обусловленный

превышением порога допустимой вредности для мозговой ткани. В частности это имеет место при алкогольной интоксикации, может, однако, встречаться в инициальном периоде металкогольных делириозных расстройств. В таких случаях эpileптический приступ единичен, не подкреплен органическим поражением головного мозга и как следствие не находит грубых подтверждений на электроэнцефалограмме (ЭЭГ). Чаще всего судорожные реакции встречаются у больных более молодого возраста, без отягощенности хроническими, истощающими соматическими заболеваниями. Провоцируются реакции токсическими дозами алкоголя, тяжестью собственно абстиненции или краткими свежими мозговыми вредностями ( сотрясения, гиперпирексия, возможная комбинация с другими психоактивными веществами). Реакция не привносит в клинику последующих периодов значительных сдвигов и утяжелений прогноза.

Однако по мере достижения ремиссии (спонтанной или посттерапевтической) по её качеству можно косвенно судить о возможности трансформации реакции в судорожный синдром. Обычно о возможности рецидивирования судорожной реакции и появлении отдельного эpileптического синдрома может свидетельствовать соматический фон пациента в ранний и поздний постабstinентные периоды, тип течения патологического влечения к алкоголю (особенно его аутохтонный и пароксизмальные варианты), тип изменения личности (привнесение болезнью черт эpileptoидизации).

Судорожный синдром имеет более четкие клинические границы. Он, как правило, свидетельствует о более глубоком поражении ЦНС с появлением стереотипной систематической формы реагирования на малейшие экзогенные вредности. Так, в клинике у больных с эpileптическим синдромом алкогольного генеза встречается короткая продолжительность алкогольных эксцессов, завершающихся, как правило, серией судорожных припадков, с переходом в металкогольный психоз. В последующем в постабstinентный период возможны рецидивирования как тонико-клонических судорог (генерализованные припадки), так и появление судорожных эквивалентов. Судорожному синдрому сопутствуют сдвиги в общесоматическом фоне пациента, особенно показателей дезинтоксикации

онных показателей печени (цитолитический и холестатический лабораторные синдромы в биохимическом анализе крови). Судорожный синдром как несомненная часть алкогольной энцефалопатии «тянет за собой» другие неврологические синдромы: пирамидного, атактического, агрепнического, астенического, тревожно-депрессивного, цефалического, мнестических, экстапирамидных, глазодвигательных расстройств.

Характерно учащение припадков и их психических эквивалентов, особенно дисфорических состояний. Алкоголизм в этих случаях отличается очень быстрым формированием (1-2 года после начала систематического злоупотребления спиртным), низкой толерантностью к алкоголю, церебральными расстройствами в структуре абстинентного синдрома (головная боль, головокружение, рвота, судороги мышц конечностей, парестезии), агрессивным и суицидальным поведением в опьянении, наличием амнестических форм опьянения, преобладанием запойного типа пьянства (Чуркин Е.А., 1971).

Алкоголизм при персистенции судорожного синдрома протекает с быстрым развитием психического органического дефекта, который со временем достигает той или иной степени слабоумия. Следует, однако, иметь в виду, что при достаточно длительном воздержании от алкоголя психический дефект может отчасти подвергаться обратному развитию, хотя в меньшей мере, чем при «чистой» алкогольной деменции.

О судорожном синдроме алкогольного генеза в своих работах упоминал В.М. Бехтерев. «Первый признак обнаруживается большею частью после особенно интенсивного пьянства и по преимуществу в классической форме большой эpilepsии; впоследствии же припадки могут протекать в виде epilepsiae mitioris, причем, они исчезают в периоды воздержания от спиртных напитков, в особенности в условиях больничного лечения, и неуклонно повторяются при новых рецидивах алкогольных излишеств. Являясь большей частью ранней формой, эpilepsia в этом случае наблюдается преимущественно у лиц с ясным наследственным отягощением, обычно не сопровождается психическими расстройствами в периоды абstinенции, и, по-видимому, даже в случае долголетнего существования не переходит в другие формы эpilepsии».

Таким образом, алкогольная эpilepsia является по преимуществу токсической эpilepsией и её приходится считать, главным образом, эpileptическим проявлением хронического, а в более редких случаях и острого алкоголизма у предрасположенных лиц. Между прочим, Joffroy полагал, что у дегенератов с пониженной способностью сопротивления вредным моментам может образоваться патологическая склонность к судорогам, проявлению которой особенно способствует алкоголизм».

По словам Lereboulett и соавторов, Giroire и соавторов, Riser и соавторов, электроэнцефалограммы у алкоголиков-эpileptиков в большинстве случаев нормальны или часто нормализуются при воздержании от алкоголя, что, по мнению этих авторов, является доказательством существования алкогольной эpilepsии как таковой. Riser и др. различают обратимую и необратимую формы. При первой из них припадки в случае воздержания от алкоголя проходят или становятся реже, а в спинномозговой жидкости у 75% всех больных обнаруживается увеличение белка. Необратимая же алкогольная эpilepsia продолжает развиваться независимо от того, злоупотребляет ли больной алкоголем или нет, и ей всегда сопутствует диффузная атрофия головного мозга алкогольного происхождения. При обеих формах обычно наблюдается 1-2 генерализованных припадка в год, но бывают также малые припадки и припадки височкой эpilepsии.

По мнению Р.Х. Вельшикаева (1973), существуют две точки зрения на генез судорог при алкоголизме. Согласно первой точке зрения, они связаны с наличием скрытой эpilepsии, повышенной судорожной готовности, а второй - с действием алкоголя как судорожного яда. Автор выявил судорожный синдром у 12,7% больных алкоголизмом, из них у 4,5% судороги чисто алкогольного генеза.

При алкогольной эpilepsии личность изменяется по алкогольному типу, частота припадков колеблется от 1 до 3 в год. При эpilepsии, спровоцированной алкоголизмом, черты характера эpileptические, припадки отмечаются намного чаще, а у некоторых судорожные проявления развиваются до заболевания алкоголизмом.

Электроэнцефалографические изменения при алкогольной эpilepsии указывают на симптоматический характер заболевания: нерегулярная дельтаактивность, острые волны, пики, редко комплексы пик-волна в 2 с, снижение вольтажа биопотенциалов.

По данным С.Г. Жислина (1965), к истинно алкогольной эpilepsии следует относить: припадки, обусловленные приемом алкоголя через определенное время и в первые дни абстинентного синдрома; припадки, возникающие во II и III стадиях алкоголизма в период делириозного синдрома или энцефалопатии Гайе - Вернике в виде серий и одиночных припадков. К ним относятся также различные псевдоэpileptические (истерические припадки на высоте опьянения) и припадки эpilepsии, спровоцированные алкоголизмом. Т.Н. Дудко (1970) отмечает наличие вегетативной ауры у больных алкогольной эpilepsией.

В.З. Тимошенко (1973) различает три группы больных с судорожным синдромом при алкогольной эpilepsии. В первую группу включены больные молодого возраста с небольшой давностью алкоголизма, у которых судороги появляются на высоте абстинентного синдрома, по типу абсансов или

нечастых развернутых судорог - это абстинентная форма алкогольной эпилепсии. У больных второй группы судорожный синдром возникает при наличии злокачественного течения алкоголизма (запой, прием суррогатов). На фоне алкогольной энцефалопатии с выраженным соматическими и неврологическими расстройствами появляются развернутые судороги, протекающие серийно, сочетающиеся со сном и амнезией. У больных третьей группы судорожный синдром сопровождается атеросклерозом и гипертензией. Припадки возникают на фоне сосудистых заболеваний, утяжеляя их течение.

Таким образом, выявление и ранняя коррекция судорожного синдрома, является одним из узловых моментов при лечении и прогнозировании характера заболевания. Необходим учет синдромальной динамики состояния больного, в том числе во взаимосвязи с основными симптомами на всем протяжении алкогольной зависимости, что обусловлено особым ее профилем в каждом конкретном случае.

*Список использованной литературы:*

1. Бабаян, Э.А. Наркология / Э.А. Бабаян, М.Х. Гонопольский. – М.: Медицина, 1987. – С. 135-156.
2. Иванец, Н.Н. Клиника алкоголизма / Н.Н. Иванец, А.Л. Игонин // Алкоголизм: руководство для врачей / Под ред. Г.В. Морозова, В.Е. Рожнова, Э.А. Бабаяна. - М.: Медицина, 1983. - С. 75-125.
3. Иванец, Н.Н. Руководство по наркологии / Н.Н. Иванец. – М.: Медпрактика, 2002. - Т. 1. - 444 с.
4. Сиволап, Ю.П. Алкогольная болезнь мозга: патогенез, клинические формы, современные подходы к лечению / Ю.П. Сиволап // Ж. Психиатрия и психофармакотерапия – 2008 - № 2.

УДК 616.89

## АЛКОГОЛЬНАЯ АНОЗОГНОЗИЯ (ДУАЛИСТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ)

М.Е. Жиенбаев

врач-психиатр ГУ «Экибастузский психоневрологический диспансер»

**Анозогнозия алкогольная (лат. *anosognosia alcoholica*)** - неспособность больного алкоголизмом критически оценивать свое болезненное состояние, в том числе свою неспособность воздержаться от спиртного или вовремя прекратить пить, понятие отношения к болезни, которое понимается как комплекс переживаний и ощущений больного, его интеллектуальных, эмоциональных и поведенческих реакций на болезнь.

Понятие «алкогольная анозогнозия» было введено И.И. Лукомским (1960). Оно оказалось более удачным и более широким, чем такие понятия, как механизм психологической защиты, нарушение личностного компонента мышления, изменение иерархии потребностей и мотивов личности, системы ценностной ориентации, некритическое отношение к болезни, малая и неправильная осведомленность пациентов об основных проявлениях болезни, и т.д. Раньше термин «анозогнозия» употреблялся в невропатологии при описаниях феноменов, связанных с органическими расстройствами травматического, сосудистого, инфекционного характера.

Алкогольная анозогнозия по праву считается одним из важнейших клинико-патологических феноменов, формирующих «лицо» заболевания, позволяющее судить о его прогнозе и исходе.

Природа данного феномена до сих пор трактуется неоднозначно. Часть авторов относит её к предиспонирующему факторам (пример почвы – личностно-характерологические особенности с защитными реакциями), часть – к симптомам процесса (когнитивное снижение, моральная деградация органической природы, нарастание психоорганического синдрома).

Алкогольная анозогнозия определялась как результат воздействия экзогенно-органического процесса на интеллектуальные и критические способности больного (Лукомский И.И., 1960). В структуре анозогнозии выделялась первостепенная роль алкогольных изменений личности (Жислин С.Г., 1965; Познанский А.С., 1974), нарушения формирования личности в преморбидном периоде (Бобров А.Е., Классен И.А., 1986), заострения личностных черт под влиянием злоупотребления алкоголем (Иванец Н.Н., Гузиков Б.М., Мейроян А.А., 1988, Котлубай В.П., 1990), перестройки мотивационной сферы (Братусь Б.С., 1970, Перейра Ф.М., Немчин Т.А., Гузиков Б.М., 1989, Завьялов В.Ю., 1993). М.М. Меэрzon выявил 6 вариантов отношения к болезни при алкоголизме, в зависимости от выраженности у этих больных разных типов акцентуаций характера: тревожно-сенситивный, эргопатический, апатический, ипохондрический, эгоцентрический и анозогнозичес-

кий. Ряд исследователей считают, что отношение наркологических больных к своему заболеванию полностью коррелирует с динамикой патологического влечения к алкоголю (Альтшулер В.Б., 1994; Демина М.В., 2003). С позиции изучения внутренней картины болезни в структуре алкогольной анозогнозии подчеркивается роль недостаточной информированности больных алкоголизмом о своем заболевании - когнитивный компонент (Нелидов А.Л., 1992), блокировании переживаний, связанных с болезнью, - эмоциональный компонент (Махова Т.А., 1986), распространением в обществе искаженных представлений об алкоголизме - «общественная анозогнозия» (Клочкова Л.В., 1989).

Каждое из перечисленных мнений правомерно рассматривать вкупе, с учетом стадии заболевания, его динамики.

На ранних стадиях болезни её осознавание может отсутствовать в связи с неочевидным характером симптомов алкогольной зависимости. Позже, когда алкогольная зависимость сформирована и очевидна для окружающих, больные алкоголизмом склонны уходить от её осознавания по психологическим причинам в связи с возникновением психологических защит. Целью таких защит может быть, например, стремление пощадить собственное самолюбие, а также преодоление чувства вины перед близкими людьми. На отдаленных стадиях болезни анозогнозия нередко объясняется формированием психоорганических расстройств и обусловленным ими снижением способности к критической оценке собственной личности.

В основе феномена анозогнозии, как завершенного клинического симптома, лежит специфическое изменение когнитивного процесса – так называемое мифотворчество, которое формируется за счёт механизмов психологической защиты личности. В отличие от категории органических расстройств мышления психологические защиты личности представляют собой непосредственное отражение алкоголизма как аддиктивного заболевания. Главная цель психологических защит и развивающейся на их основе мифологизации мышления – избегание осознавания собственной зависимости от алкоголя. Склонность к мифотворчеству и самообману не всегда специфична для алкоголизма, а, напротив, служит имманентным симптомом любых аддиктивных расстройств, отражая универсальные приспособительные психологические установки личности, функционирующую (или, вернее сказать, вынужденной функционировать) в аномальных условиях. В зависимости от стадии заболевания принято различать тип психологических защит, лежащих в основе анозогнозии и обеспечивающих относительно приемлемое эмоциональное состояние для больного. На начальном этапе отмечается игнорирование пьянства. Проблема попросту не признается в принципе. Все уверования род-

ственников и знакомых проходят мимо. Больной считает, что все вокруг не правы и необъективны. Далее, когда массивную алкоголизацию, которой подвержен больной, отрицать становится невозможно, происходит сдвиг акцентов. Сдвиг акцентов проявляется в преуменьшении размеров пьянства, переоценке событий в желательном для больного направлении.

Формируется *перцептивная защита*, когда из происходящего выбирается только то, что согласуется с личностными установками индивида. Примером может служить факт, что на вопрос врача: «Как часто вы выпиваете?», — больные неизменно отвечают: «По-разному, бывает, целый месяц (неделю, два месяца и т.д.) не пью».

На более поздних этапах перцептивная защита уступает место *мотивационной рационализации*, когда происходит отбор данных в соответствии с личностными желаниями, гарантирующими удобное, нужное в данный момент заключение. Приводятся различные доводы, оправдывающие алкоголизацию. При этом мотив заменяется версией (псевдомотивом) на подсознательном уровне. Называются разнообразные причины, которые, по мнению больного, «спровоцировали» очередной алкогольный эксцесс («плохой начальник», «сварливая жена или теща», «болел зуб» и т. д.). Происходит формирование *объяснительной системы* (системы алиби), которая оправдывает поведение больного.

В конце второй стадии встречается *универсальная объяснительная система*. Больной объясняет свою алкоголизацию тем, что «все вокруг пьют». По мере развития личностной деградации на третьей стадии заболевания наступает обесценение – уменьшение или исчезновение отрицательного компонента чрезмерного пьянства.

На первых этапах у лиц, привычно злоупотребляющих, и лиц с алкогольной зависимостью алкогольная анозогнозия имеет психологическую природу, т.е. непонимание своего пьянства связано не с неспособностью это сделать, а скорее с нежеланием индивида признать неправильность и нецелесообразность своего поведения. Здесь нежелание связано со многими причинами. Прежде всего, оно детерминировано социальными моментами. Ярлык алкоголика для каждого человека имеет свое ценностное отрицательное содержание. В этих случаях анозогнозия помогает человеку сохранить свой социальный статус. Преодоление анозогнозии у этих пациентов обязательно связано с изменением отношения к своему «Я», с травмированием всей личностной структуры.

Болезнь часто выгодна человеку, «помогает» справляться с жизненными невзгодами, невротическими расстройствами и т.д.

О том, что анозогнозия напрямую не связана с деструктивной патологией мозга (следствием токсического повреждающего действия алкоголя и его

метаболитов), говорит тот факт, что больной обращается к врачу – узкому специалисту за помощью чаще в энцефалопатической стадии, чем в начальных стадиях. Включение психологических защитных механизмов на этом этапе алкоголизации осуществляется на подсознательном уровне и не зависит от волевых усилий человека, но после включения личностью осознания болезни информационный поток (защитный психологический механизм) идет уже «сверху – вниз», при этом умаляя или гиперболизируя болезненные признаки. Одновременно идет искашение информации «снизу – вверх».

Алкогольная анозогнозия включает в себя 4 компонента:

- 1) инteroцептивный;
- 2) логический (рациональный);
- 3) личностный;
- 4) межличностный.

Многие исследователи доказывают, что осознание болезни невозможно на начальных этапах болезни, и максимальной адекватности внутренняя

картина болезни приобретает лишь к рубежу II - III стадии алкоголизма (Нелидов А.Д., 1980; Небаркова Т.П., Зенченко Е.И., 1984; Мейроян А.А., Гузиков Б.М., 1985). Разрушение психологических защитных механизмов происходит постепенно, занимает много времени и проявляется частичной или парциальной анозогнозией (Познанский А.С., 1974; Нелидов А.Л, 1980; Голубков О.З., 1980).

Таким образом, алкогольная анозогнозия является сложным и стойким клиническим феноменом, развивающимся в непрерывной взаимосвязи с основными симптомокомплексами алкогольной зависимости. Выделение клинических вариантов анозогнозии основывается на степени выраженности её проявлений и особенностях отрицания больными факта наличия у них заболевания: тотальная анозогнозия, частичная анозогнозия и осознание заболевания. Выраженность анозогнозии положительно коррелирует с тяжестью проявлений первичного патологического влечения к алкоголю и степенью прогредиентности заболевания.

#### *Литература:*

1. Абрамочкин, Р.В. Клинико-психопатологические особенности и терапия первичного патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом с астеническими чертами характера в преморбиде: автореф. дисс... канд. мед. наук. - М., 2001. - 22 с.
2. Бабаян, Э.А. Наркология / Э.А. Бабаян, М.Х. Гонопольский. – М.: Медицина, 1987. – С. 135-156.
3. Безносюк, Е.В. Механизмы психологической защиты / Е.В. Безносюк, Е.Д. Соколова // Журн. неврологии и психиатрии им. Корсакова. - 1997. - Т.97, вып. 2. - С. 44-48.
4. Бокий, И.В. Групповая психотерапия больных алкоголизмом / И.В. Бокий, Б.М. Гузиков, А.А. Мейроян // Вопросы психотерапии: Тез. докл. Всесоюзн. науч. конф. «Актуальные проблемы психиатрии и наркологии (психотерапевтический аспект)». - Харьков, 1977. - С. 289-292.
5. Иванец, Н.Н. Клиника алкоголизма / Н.Н. Иванец, А.Л. Игонин // Алкоголизм: руководство для врачей / Под ред. Г.В. Морозова, В.Е. Рожнова, Э.А. Бабаяна. - М.: Медицина, 1983. - С. 75-125.
6. Иванец, Н.Н. Руководство по наркологии / Н.Н. Иванец. – М.: Медпрактика, 2002. - Т. 1. - 444 с.
7. Кондращенко, В.Т. Алкоголизм / В.Т. Кондращенко, А.Ф. Скугаревский // Под. ред. П.П. Волкова. - Минск: Беларусь, 1983. - 288 с.
8. Сиволап, Ю.П. Алкогольная болезнь мозга: патогенез, клинические формы, современные подходы к лечению / Ю.П. Сиволап // Ж. Психиатрия и психофармакотерапия – 2008. - № 2.

УДК 616.89

## **НЕГАТИВНЫЕ АСТЕНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ, И ИХ ДИНАМИКА ЧЕРЕЗ ШЕСТЬ МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ**

А.А. Кусаинов

руководитель сектора доказательной медицины РНПЦ МСПН, к.м.н.

#### **Введение**

Многие авторы, описывающие клинику лиц употребляющих наркотики инъекционным путем указывали на симптомы астении встречающиеся у всех пациентов, вне зависимости от стажа употребления наркотиков [1, 2, 3, 4, 5].

Как известно, нарушения астенического регистра включают в себя как позитивные, так и негативные симптомокомплексы [6]. К негативным симптомокомплексам относят снижение энергетического потенциала, быстрая утомляемость, вялость, изнуряющая слабость. Многими авторами описан так

называемый гипостенический вариант астенического синдрома, который характеризуется психической и физической истощаемостью, вялостью, адинамией, анергией, замедлением мыслительных процессов. В отличие от «позитивного» астенического синдрома, при негативных изменениях, как правило, практически не наблюдается обратной динамики расстройств.

### **Цели и задачи исследования**

Основной целью данного исследования являлась выявление и типологизация негативного астенического симптомокомплекса в клинике героиновой наркомании, и оценка динамики его формирования и развития. Оценивались следующие параметры: общая астения, понижение активности, снижение мотивации, физическая и психическая астения.

### **Материал и методы исследования**

*Объектом исследования* явились больные с зависимостью от героина, представленные репрезентативной выборкой.

*Предмет исследования:* негативные расстройства, возникающие у больных героиновой наркоманией и их динамика в зависимости от стажа злоупотребления героином.

Исследование состояло из двух частей, при этом использовался обсервационный метод исследования. Этап набора материала (отбор групп, проведение обследования, заполнение карт исследования, формирование базы данных) – 2006-2010 годы.

### **Характеристика материала исследования**

В рамках настоящей работы было обследовано 140 больных, имеющих зависимость от героина и проходивших лечение в Республиканском научно-практическом центре медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН, г. Павлодар) в 2007-2009 гг., а также пациентов, имеющих зависимость

от героина и состоящих на диспансерном учете в Областном центре лечения и профилактики психических заболеваний (г. Павлодар). Исследуемая группа была поделена на две подгруппы; в 1 подгруппу исследуемой группы вошли пациенты с общим стажем наркотизации не более 1 года (n=62), во 2 подгруппу вошли пациенты с общим стажем наркотизации более 5 лет (n=78). Помимо исследуемой группы была набрана группа контроля (n=92), в состав которой вошли лица без признаков зависимости. Возрастной состав и образовательный уровень лиц из контрольной группы были сопоставимы с аналогичными критериями лиц из исследуемой группы.

*Критерии включения* в обследование больных соответствовали диагностическим категориям Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) (1994) и включал синдром зависимости в результате употребления опиоидов (F11.2).

*Критериями исключения являлись:*

- умственная отсталость;
- эндогенные психические заболевания;
- установленный диагноз специфическое расстройство зрелой личности;
- тяжелые органические поражения мозга не-наркотической этиологии;
- декомпенсация хронических соматических заболеваний;
- сочетанное употребление наркотиков и психоактивных веществ, когда система приема хаотична и неопределенна, а последствия злоупотребления различными веществами не разделимо смешаны.

Учитывая принципиальную невозможность сохранения всеми пациентами режима воздержания, а также методологические сложности в обследовании пациентов, сменивших местожительства, численность подгрупп через 6 месяцев выглядела следующим образом: (таблица 1).

Таблица 1

*Численность пациентов исследуемой группы спустя 6 месяцев с момента выписки*

Статус	1 подгруппа (n=62)		2 подгруппа (n=78)	
	абс.	%	абс.	%
Находится в воздержании (участвуют в исследовании)	44	71,0	51	65,4
В активном употреблении	12	19,4	14	18,0
Смена местожительства	2	3,2	7	9,0
Нет данных	4	6,5	6	7,7

### **Методы исследования**

Для выявления астенических расстройств, нами был использован клинико-психопатологический метод и субъективный опросник астении MFI – 20.

### **Статистический анализ**

Математический анализ осуществлялся с помощью программы Agstat.exe, входящей в экспертную систему ЭС-АГ.

В кросссекционном исследовании вычислялись средние коэффициенты корреляции, линейная и нелинейная регрессия, множественные корреляции и регрессия. Эти вычисления производились в соответствии с руководствами Г.Ф. Лакина (1980) и М.В. Славина (1989).

### **Результаты и обсуждение**

Согласно нашим наблюдениям, в ходе настоящего исследования, у большинства пациентов, незави-

сими от стажа наркотизации, отмечались астенические расстройства: 32 чел. (51,6%) в 1 подгруппе и 53 чел. (67,9%) во 2 подгруппе.

Наиболее часто регистрируемыми симптомами астении у пациентов исследуемой группы являлись симптомы физической астении, проявляющиеся вялостью, быстрой утомляемостью снижением активности и т.п. У пациентов первой подгруппы исследуемой группы (то есть у лиц с небольшим стажем наркотизации) наиболее часто встречался гиперстенический вариант астении с такими характерными симптомами, как повышенная возбудимость, раздражительность, эмоциональная неустойчивость, нетерпеливость, несдержанность и ослабленный самоконтроль. Пациенты данной категории выказывали недовольство существующим режимом отделения, часто вступали в конфликт с персоналом и другими больными. В работе психотерапевтических групп вели себя крайне пассивно, без интереса участвовали в обсуждении различного рода запросах и всем своим видом показывали, что крайне тяготятся своим нахождением в стационаре. Во второй подгруппе исследуемой группы (у лиц с большим сроком наркотизации), напротив, наиболее часто встречался гипостенический вариант астении

с такими характерными чертами, как психическая и физическая истощаемость, вялость, адинамия, анегрия, замедление мыслительных процессов. Пациенты данной категории любыми путями пытались уклониться от индивидуальной и групповой психотерапии, залеживались в кровати, предъявляя массу соматических жалоб: «Голова раскалывается», «Общая слабость страшная» и т.д. Свободное время проводили бесцельно, слонялись по коридору, либо группировались в курилке, где вели бесконечные разговоры, в основном, «наркотического» содержания. Данные симптомы свидетельствовали о значительном снижении энергетического потенциала, что и позволило нам отнести симптомы этих пациентов к негативным расстройствам астенического круга.

Для выявления астенических нарушений, у пациентов исследуемой группы, нами был использован субъективный опросник астении MFI-20. В таблице 5 представлены результаты, полученные по субъективному опроснику астении MFI-20.

Как следует из полученных данных таблицы 2 в структуре астенических расстройств у пациентов 1 подгруппы исследуемой группы, при сравнении с пациентами 2 подгруппы общая астения отмечалась в обоих случаях.

*Оценка выраженности астении у пациентов исследуемой и контрольной групп  
(по шкале MFI- 20) (в баллах)*

Шкала оценки астении	Исследуемая группа		P	Контрольная группа (n=92)	P*	P**
	1 подгруппа (n=62)	2 подгруппа (n=78)				
Общая астения	10,8±1,7	12,1±2,1	>0,05	8,1±0,9	<0,05	<0,05
Понижение активности	12,7±1,2	16,3±1,8	<0,05	9,1±1,1	>0,05	<0,01
Снижение мотивации	11,3±1,6	15,1±1,9	<0,05	10,1±1,2	>0,05	<0,05
Физическая астения	10,1±1,1	10,7±1,2	>0,05	7,9±0,8	<0,05	<0,05
Психическая астения	10,5±1,1	11,7±1,2	>0,05	8,7±1,1	>0,05	<0,05
Общий балл	55,4±2,8	63,6±3,1	<0,05	43,9±2,5	<0,05	<0,05

\* - достоверность различий 1 подгруппы по отношению к контрольной группе;

\*\* - достоверность различий 2 подгруппы по отношению к контрольной группе

Достоверность различия была получена по показателям понижения активности и снижения мотивации. При сравнении же 1 подгруппы исследуемой группы с контрольной группой достоверность различий получена по следующим показателям: понижение активности и снижение мотивации. Полученные данные по 2 подгруппе в сравнении с контрольной группой представлены следующим образом - достоверность различий получена по всем пяти показателям: общая астения, понижение активности, снижение мотивации, физическая и психическая астения.

На основании полученных данных, мы сделали следующие выводы. Общая астения, отмечаемая в

исследуемой и контрольной группах, не зависит от стажа употребления наркотиков и, по всей вероятности, является обязательным компонентом клинической картины героиновой наркомании. Понижение активности и снижение мотивации, достоверно чаще регистрируемые у пациентов с большим стажем употребления героина, по-видимому, обусловлены формированием своеобразного дефекта астенического плана у больных с зависимостью от героина.

В таблице 3 показано распределение диагностированных случаев астенических расстройств, в исследуемой группе, в зависимости от варианта астении.

Таблица 3

*Распределение диагностированных случаев астенических расстройств  
в зависимости от варианта астении в исследуемой группе  
(% к общей численности группы)*

Вариант астении	Исследуемая группа				P	
	1 подгруппа (n=62)		2 подгруппа (n=78)			
	абс.	%	абс.	%		
Гиперстенический	24	38,7	21	26,9	>0,05	
Гипостенический	11	17,7	32	41	<0,01	

Как следует из полученных данных таблицы, для подавляющего большинства пациентов 1 подгруппы (38,6%) был более характерен гиперстенический вариант астении (гипостенический вариант встречался в 17,7% случаев) с такими характерными клиническими симптомами данного варианта астении, как повышенная возбудимость, раздражительность, эмоциональная неустойчивость, нетерпеливость, несдержанность и ослабленный самоконтроль.

Во 2 подгруппе наиболее часто встречался гипостенический вариант астении (с достоверностью различий  $P<0,01$ ) с такими симптомами, как вялость, адинамия, анергия, замедлением мыслительных процессов, психическая и физическая истощаемость.

Таким образом, динамика астенических расстройств по мере увеличения стажа наркотической зависимости характеризуется трансформацией ее гиперстенического варианта в астенический со снижением способности к обратному развитию и нивелированию.

#### *Динамика астенических расстройств у пациентов исследуемых подгрупп, находящихся в воздержании, через 6 месяцев после выписки*

Через 6 месяцев после выписки, количество пациентов участвующих в исследовании, сократилось. Основным фактором выхода из исследования явился рецидив заболевания. Количество участников в первой подгруппе составило 44 человека, во второй - 51 человек. Осмотр пациентов исследуемых подгрупп через 6 месяцев воздержания выявил следующие особенности. Пациенты со стажем зависимо-

сти до 1 года демонстрировали большую работоспособность, меньше утомлялись в ходе беседы, степень концентрации внимания у них была выше. Напротив, у пациентов с длительным стажем наркотической зависимости астенические расстройства были более выражены. Пациенты при выполнении заданий, требующих достаточно длительных усилий, быстро утомлялись, начинали раздражаться, на их взгляд, на недостаточно четко сформулированные вопросы, пытались прекратить выполнение заданий, мотивируя это плохим самочувствием, со словами «внезапно заболела голова», «стал неважно себя чувствовать» и так далее. Со слов родственников, у подавляющего большинства исследованных пациентов, (причем, именно это было характерно для пациентов с длительным стажем наркотизации), после выписки отмечалась склонность к безделью. Пациенты неохотно выполняли домашние обязанности, причем это касалось не только работы по дому, но и элементарных повседневных занятий (уборка и мытье посуды за собой после еды и тому подобное). Многие пациенты с длительным стажем употребления наркотиков после выписки из стационара в течение дня залеживались в кровати, в вечернее же время, а чаще и в ночное, проводили время перед телевизором, либо за компьютером. В этот период времени пациенты практически не проявляли интерес к противоположному полу, что, по всей видимости, объясняется снижением либидо.

Полученные в ходе клинического наблюдения данные подтверждались и данными объективного обследования пациентов с помощью шкалы астении, которые представлены в таблице 4.

Таблица 4

*Динамика выраженности астении у пациентов исследуемой группы (по шкале MFI- 20) (в баллах)*

Шкала оценки астении	1 подгруппа (n=44)		P	2 подгруппа (n=51)		P
	после выписки	через 6 месяцев		после выписки	через 6 месяцев	
Общая астения	10,8±1,7	6,8±1,0	<0,05	12,1±2,1	9,5±1,3	>0,05
Понижение активности	12,7±1,2	8,7±0,9	<0,05	16,3±1,8	13,7±1,5	>0,05
Снижение мотивации	11,3±1,6	6,6±0,8	<0,001	15,1±1,9	11,8±1,1	<0,05
Физическая астения	10,1±1,1	4,7±0,7	<0,001	10,7±1,2	6,5±0,9	<0,05
Психическая астения	10,5±1,1	5,3±1,0	<0,05	11,7±1,7	8,9±1,5	>0,05
Общий балл	55,4±2,8	31,7±2,6	<0,05	63,6±3,1	51,4±2,8	<0,05

На основании анализа полученных результатов исследования (проведенного в среднем через полгода после выписки из стационара), установлено, что динамика выраженности астении зависит от стажа наркотизации:

- степень редукции общей астении выше у пациентов 1 подгруппы ( $P<0,05$ ). Это позволяет сделать вывод, что степень выраженности и скорость редукции общей астении у больных героиновой наркоманией находятся в прямой зависимости от стажа наркотизации;
- по показателю снижение активности во 2 подгруппе исследуемой группы гораздо менее выражено восстановление; в 1 подгруппе данный показатель был существенно выше с достоверностью различия ( $P<0,05$ ). То есть у больных с небольшим стажем наркотизации активность восстанавливается быстрее, чем у пациентов с длительным стажем наркотизации;
- показатель снижения мотивации спустя 6 месяцев после выписки у пациентов 2 подгруппы почти в 2 раза выше ( $P<0,05$ ), чем у пациентов в 1 подгруппе;

– выявляемая разница между выраженностью психической и физической астенией асимметрична: во 2 подгруппе при относительно высокой степени восстановления физической активности ( $P<0,05$ ), сохраняется выраженная психическая астения; аналогичные показатели у пациентов 1 подгруппы существенно отличаются от показателей 2 подгруппы; отмечается практически одновременное восстановление психической и физической активности.

### **Заключение**

Таким образом, на основании полученных результатов можно сделать следующие выводы: для лиц с общим стажем наркотизации более 5 лет характерна меньшая способность к восстановлению психической активности в процессе воздержания от употребления наркотиков, а также стабильно сохраняющееся снижение мотивации. Вышесказанное позволило нам заключить, что астенические расстройства формируется уже на начальных этапах наркотизации, постепенно нарастают по мере прогредиентной динамики героиновой наркомании и со временем становятся стойкими и необратимыми.

#### **Литература:**

1. Бориневич, В.В. Наркомания / В.В. Бориневич. - М., 1963. - 275 с.
2. Горовой-Шалтан, В.А. О патогенезе морфинной абstinенции. //Дисс. докт. мед. наук. - Из психиатрической клиники Военно-медицинской академии Красной Армии им. С.М. Кирова, 1942. — 159 с.
3. Корсаков, С.С. Курс психиатрии / С.С. Корсаков. - М., 1901. - 1113 с.
4. Краффт-Эбинг, Р. Учебник психиатрии / Р. Краффт-Эбинг // 3-е рус. изд-е., перевод Чернышевского А. - СПб.: Риккер, 1897. - 889 с.
5. Крепелин, Э. Учебник психиатрии / Э. Крепелин. - М., 1910. - 468 с.
6. Снежневский, А.В. О нозологической специфичности психопатологических симптомов / А.В. Снежневский // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1960. - № 1. – С. 91-96.

УДК 616.89

## **НЕГАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА АФФЕКТИВНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ И ИХ ДИНАМИКА ЧЕРЕЗ ШЕСТЬ МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ**

А.А. Кусаинов

руководитель сектора доказательной медицины РНПЦ МСПН, к.м.н.

### **Введение**

Практически все без исключения исследователи занимающиеся описанием клиники опийных наркоманов особо указывали на аффективные нарушения, которые встречаются на протяжении всей болезни [2, 3]. С длительностью наркотизации нарастает их органичность: тревога и депрессия замещаются дисфориями. Эмоциональные расстройства в клинике опийной наркомании, по данным Л.Н. Благова [1] являются одними из ведущих, как в струк-

туре абстинентного синдрома, так и в период формирования ремиссии. Со временем они становятся достаточно стойкими, формируя своеобразную наркоманическую личность. Расстройства настроения тесно связаны с другими психопатологическими проявлениями. Чаще всего у больных отмечается пониженное настроение на фоне астении, проявляющейся вялостью, слабостью, снижением волевой активности, повышенной истощаемостью, эмоциональной лабильностью. В ряде случаев наблю-

даются более очерченные депрессивные состояния с выраженной тревогой, иногда достигающей степени ажитации, суточным колебанием аффекта с большей выраженностью в вечерние часы. Нередко встречаются жалобы на тоску, которая, однако, не достигает степени витальной. Очень частыми являются расстройства дисфорического круга. Они свидетельствуют о наибольшей интенсивности патологического влечения к наркотику.

Расстройства аффективной сферы наиболее выражены в постабstinентный период: в это время чаще наблюдается дисфорическая депрессия, реже тоскливая и апатическая. Длительно сохраняются аффективная лабильность, ипохондричность, астения, бездеятельность.

### Цели и задачи исследования

Основной целью данного исследования являлась выявление и типологизация негативного астенического симптомокомплекса в клинике героиновой наркомании, и оценка динамики его формирования и развития. Оценивались следующие параметры: общая астения, понижение активности, снижение мотивации, физическая и психическая астения.

### Материал и методы исследования

*Объектом исследования* явились больные с зависимостью от героина, представленные репрезентативной выборкой.

*Предмет исследования*: негативные расстройства, возникающие у больных героиновой наркоманией и их динамика в зависимости от стажа злоупотребления героином.

Исследование состояло из двух частей, при этом использовался обсервационный метод исследования. Этап набора материала (отбор групп, проведение обследования, заполнение карт исследования, формирование базы данных) – 2006-2010 гг.

### Характеристика материала исследования

В рамках настоящей работы было обследовано 140 больных, имеющих зависимость от героина и проходивших лечение в Республиканском научно-практическом центре медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН, г. Павлодар) в 2007-2009 гг., а также пациентов, имеющих зависимость

от героина и состоящих на диспансерном учете в Областном центре лечения и профилактики психических заболеваний (г. Павлодар). Исследуемая группа была поделена на две подгруппы; в 1 подгруппу исследуемой группы вошли пациенты с общим стажем наркотизации не более 1 года (n=62), во 2 подгруппу вошли пациенты с общим стажем наркотизации более 5 лет (n=78). Помимо исследуемой группы была набрана группа контроля (n=92), в состав которой вошли лица без признаков зависимости. Возрастной состав и образовательный уровень лиц из контрольной группы были сопоставимы с аналогичными критериями лиц из исследуемой группы.

*Критерии включения* в обследование больных соответствовали диагностическим категориям Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ -10) (1994) и включал синдром зависимости в результате употребления опиоидов (F11.2).

*Критериями исключения являлись:*

- умственная отсталость;
- эндогенные психические заболевания;
- установленный диагноз специфическое расстройство зрелой личности;
- тяжелые органические поражения мозга не-наркотической этиологии;
- декомпенсация хронических соматических заболеваний;
- сочетанное употребление наркотиков и психоактивных веществ, когда система приема хаотична и неопределенна, а последствия злоупотребления различными веществами не-раздельно смешаны.

Учитывая принципиальную невозможность сохранения всеми пациентами режима воздержания, а также методологические сложности в обследовании пациентов, сменивших местожительства, численность подгрупп через 6 месяцев выглядела следующим образом: (таблица 1).

### Методы исследования

Для выявления негативных аффективных расстройств нами был использован клинико-психопатологический метод, а также нами использовалась методика «Самооценка эмоциональных состояний» (А. Уэссмана и Д. Риксом).

Таблица 1

*Численность пациентов исследуемой группы спустя 6 месяцев с момента выписки*

Статус	1 подгруппа (n=62)		2 подгруппа (n=78)	
	абс.	%	абс.	%
Находится в воздержании (участвуют в исследовании)	44	71,0	51	65,4
В активном употреблении	12	19,4	14	18,0
Смена местожительства	2	3,2	7	9,0
Нет данных	4	6,5	6	7,7

### **Статистический анализ**

Математический анализ осуществлялся с помощью программы Agstat.exe, входящей в экспертную систему ЭС-АГ.

В кросссекционном исследовании вычислялись средние коэффициенты корреляции, линейная и нелинейная регрессия, множественные корреляции и регрессия. Эти вычисления производились в соответствии с руководствами Г.Ф. Лакина (1980) и М.В. Славина (1989).

### **Результаты и обсуждение**

#### *a) аффективные расстройства у больных ге-роиновой наркоманией*

Согласно нашим наблюдениям аффективные расстройства представлены на протяжении всех этапов наркотизации. Причем выраженность и длительность аффективных расстройств зависит от вида наркотика, длительности наркотизации, характера изменений личности и периода времени, прошедшего от последних острых проявлений абстинентного синдрома.

В ходе проведенного нами исследования у большинства пациентов исследуемой группы отмечались различного рода расстройства аффективной сферы. Наиболее часто регистрируемыми нами расстройствами являлись аффективная неустойчивость, гипотимия, (сниженное настроение) на фоне астении, в ряде случаев встречались более очерченные депрессивные состояния.

Для выявления вышеперечисленных расстройств среди пациентов исследуемых групп и подтверждения гипотезы о постепенном формировании у них своеобразного эмоционального дефекта, нами исследовалась частота встречаемости и выраженность симптомов. Полученные данные представлены в таблице 2.

Наиболее часто встречающимся симптомом из нарушений аффективной сферы в исследуемой группе оказалась аффективная неустойчивость - она была зарегистрирована у 82,3% пациентов 1 подгруппы и 88,5% пациентов 2 подгруппы. Данный симптом проявлялся в выраженной эмоциональной лабильности у пациентов исследуемой группы.

Таблица 2

*Оценка частоты встречаемости аффективных нарушений у пациентов исследуемой группы*

Симптом	Исследуемая группа				P	
	1 подгруппа (n=62)		2 подгруппа (n=78)			
	%	довер. интервал	%	довер. интервал		
Аффективная неустойчивость	82,3	±9,5	88,5	±7,1	>0,05	
Гипотимия	41,9	±12,3	41,0	±10,9	>0,05	
Апатия	14,5	±8,8	17,9	±8,5	>0,05	
Аспонтанность	32,3	±11,6	46,2	±11,1	>0,05	
Ангедония	6,5	2,2<>15,8	9,0	±6,3	>0,05	
Отсутствие эмпатии	25,8	±10,9	62,9	±10,2	<0,01	
Уплощение аффекта	4,8	1,7<>13,4	10,3	±6,7	>0,05	

Наблюдавшиеся были в значительной степени подвержены влиянию внешних факторов на настроение; незначительные, казалось бы, конфликты, вызывали резкое ухудшение настроения. В редких случаях выраженность данного симптома была очень высокой: у таких пациентов приступы отчаяния сменялись приступами беспричинного, безудержного веселья и, наоборот. Причем периоды веселья нередко перерастали в дурашливость и паясничание и не вызывали у окружающих эмоционального резонанса, создавая гнетущее впечатление своей «искусственностью» и «неестественностью» данного состояния. Как правило, аффективная неустойчивость ассоциировалась с отрицательным полюсом эмоций, то есть спектр реакций пациентов на внешние раздражители находился в субдепрессивном и/или депрессивном регистрах. При этом не наблюдалось сколько-нибудь длительной фиксации больных на отрицательной эмоции: они достаточно быстро переключались на другие бытовые ситуации, что способствовало быстрому восстановлению

нормального фона настроения. Как будет отмечено далее, в ходе лечения отмечался определенный регресс аффективной неустойчивости, однако ее элементы (а в некоторых случаях и клинически значимые проявления) продолжали отмечаться на всем протяжении госпитализации.

Гипотимия, определяемая нами, как пониженный фон настроения, - следующий по частоте встречаемости симптом эмоциональных расстройств; примерно с одинаковой частотой он встречается в обеих подгруппах (41,9% - в 1 и 41% - во 2). Данное состояние являлось относительно стабильным клиническим симптомом, с тенденцией к ухудшению в вечернее время, что, по всей видимости, отражало усиление патологического влечения, традиционно актуализирующегося в вечернее время. Особенностью данного состояния, отличающего его от классической депрессии, является, на наш взгляд, его изолированное существование без идеаторной и физической заторможенности, характерной для классической депрессивной триады Ясперса. Основным

лейтмотивом высказываний пациентов, описывающих свое настроение, была тоска (иногда неопределенная, чаще – по дому, родным и т.д.); отдельные пациенты отмечали чувство отсутствия радости жизни, что нами расценивалось как проявления гедонии (см. ниже). Этот симптом (так же, как и аффективная неустойчивость) был отнесен нами к группе пластичных психопатологических образований ввиду своей значительной способности к обратной редукции в относительно короткие сроки.

Апатия встречалась у 9 пациентов (14,5%) 1 подгруппы, и у 14 пациентов (17,9%) во 2 подгруппе. Чаще всего она проявлялась полной физической и психической бездеятельностью. Пациенты были вялы, пассивны, безынициативны, склонны к залеживанию в кровати, не проявляя интереса к происходящим вокруг них событиям. Сами пациенты описывали свое состояние как состояние полного жизненного ступора, со слов «весь мир сосредотачивается в пределах «золотого» треугольника, (курилки, столовой, кровати). Несмотря на то, что не было получено достоверных статистических различий между частотой встречаемости в первой и второй подгруппах, отчетливо прослеживается тенденция к учащению регистрации этого симптома и степени его выраженности у пациентов со стажем заболевания более 5 лет. У этих пациентов отмечалась худшая обратная динамика апатии, и большая частота случаев сохранения симптома на момент выписки (см. ниже). Все это позволяет считать апатию одним из компонентов общего «наркоманического дефекта», с течением времени, формирующимся у зависимых от героина лиц.

Аспонтанность (или потеря спонтанности в побуждении к действию) регистрировалась у 32,3% пациентов 1 подгруппы (20 человек) и у 46,2% (36 человек) во 2-й подгруппе. Клинически данный феномен проявлялся в том, что факт необходимости совершения каких-либо действий, требующих определенных физических или умственных усилий, крайне негативно воспринимался самими пациентами и для того, чтобы их совершить, приходилось неоднократно словесно побуждать пациентов к этому. Наряду с апатией, данный симптом, в целом, был более характерен для подгруппы пациентов со стажем употребления наркотиков более 5 лет.

Ангедония, или утрата «радости» жизни, регистрировалась у 6,5% пациентов 1 подгруппы и 9,0% 2 подгруппы. Пациенты описывали данное состояние как крайне тягостное ощущение отсутствия получения удовольствия от жизни. Данный факт мог быть объяснен тем, что пациенты находились в стационаре, однако такие больные отмечали, что не испытывают положительных эмоций ни от еды, ни от сигарет; с их слов - «любая еда – как будто резина, не чувствуешь ни вкуса ни запаха, то же самое с куревом, как будто ни сигареты куришь, а палочки пластмассовые, один дым и привкус неприятный

во рту. Куришь только на автомате, потому что делать нечего». Значительных различий между группами нами отмечено не было. Схожее состояние наблюдалось нами у других пациентов (не включенных в настоящее исследование) при лечении блокаторами опиатных рецепторов. Ответ на вопрос, может ли свидетельствовать наличие данного симптома о снижение рецепторной плотности м-опиатных рецепторов, а также, насколько это связано со стажем наркотизации, требует специальных исследований.

Наибольший интерес в настоящем исследовании представляет выраженное (статистически значимое) различие между пациентами 1 и 2 подгруппы исследуемой группы по такому показателю, как отсутствие чувства эмпатии (25,8% или 16 человек в 1 подгруппе и 69,2% или 54 человека в 2 подгруппе). Клинически данный симптом проявлялся следующим образом. Пациенты 2 подгруппы исследуемой группы (т.е. пациенты с длительным стажем наркотизации), демонстрировали признаки так называемой «эмоциональной тупотии». Это проявлялось в снижении эмоционального резонанса в общении с другими пациентами, повышении порога чувствительности к переживаниям других людей. Более наглядно данный симптом проявлялся в общении с родственниками. В ходе разговора пациенты мельком интересовались состоянием здоровья самих родителей, либо своих близких и львиную долю времени занимал материальный вопрос: обеспечение продуктами и деньгами самих пациентов. При всем этом пациенты крайне невнимательно относились к материальным трудностям родственников. Данное поведение чаще носило шантажный характер. Со слов «не хотите высыпалить деньги, тогда я выписываясь». Кроме этого, особое внимание привлекал тот факт, что подчас у пациентов преимущественно 2 подгруппы исследуемой группы, формировалась своеобразная «мимозоподобность», то есть больные становились чрезвычайно чувствительными к состоянию даже малейшего дискомфорта. Пациенты неадекватно реагировали на незначительные психотравмирующие эпизоды, причем, чаще всего, это носило демонстративный характер.

Наиболее редко у пациентов обеих групп встречалось уплощение аффекта - у 4,8% пациентов в 1 подгруппе и у 10,3% пациентов во 2 подгруппе. Как правило, у пациентов с такими проявлениями в анамнезе отмечались либо черепно-мозговые травмы, либо массивная алкоголизация, либо наркотизация агрессивными субстанциями, как правило, кустарного приготовления. Мы склонны объяснять этот факт тем, что изменения, происходящие у пациентов в процессе употребления героина, по всей видимости, касаются нейромедиаторного функционирования либо носят какой-либо другой функциональный характер. Незначительное количество пациентов от общей массы исследуемой группы (с тенденцией к возрастанию у пациентов с длитель-

ным стажем наркотической зависимости) свидетельствует о том, что у данной категории нарастают «органические» изменения головного мозга, взаимосвязь которых с собственно наркотизацией героином представляется спорной.

Таким образом, проведенные результаты исследований позволили установить, что:

- наиболее часто встречаемым симптомом из аффективных нарушений является аффективная неустойчивость - 82,3% пациентов 1 подгруппы и 88,5% пациентов 2 подгруппы;
- другим из часто встречаемых симптомов, в обеих подгруппах (41,9% - в 1 и 41,0% - во 2) являлась гипотимия - пониженный фон настроения;
- апатия встречалась у 12,9% пациентов 1 подгруппы и у 17,9% - во 2 подгруппе и клинически проявлялась в приступах полной физической и психической бездеятельности;
- аспонтанность или потеря спонтанности побуждении регистрировалась у 32,3% пациентов 1 подгруппы и у 46,2% пациентов во 2 подгруппе;

– ангедония или утрата «радости» жизни регистрировалась у 6,0% пациентов 1 подгруппы и 9,0% 2 подгруппы, пациенты описывали данное состояние как крайне тягостное ощущение отсутствия получения удовольствия от жизни;

– статистически достоверное различие между пациентами 1 и 2 подгруппы исследуемой группы зарегистрировано по такому показателю, как отсутствие чувства эмпатии (25,8% и 69,2%, P<0,01). Это проявлялось в снижении эмоционального резонанса в общении с другими пациентами, повышении порога чувствительности к переживаниям других людей.

– наименьшее количество пациентов обеих подгрупп демонстрировало такой симптом, как уплощение аффекта (у 4,8% пациентов в 1 подгруппе и у 10,3% пациентов во 2 подгруппе).

Помимо этого, для исследования эмоциональной сферы нами использовалась методика «Самооценка эмоциональных состояний» (А. Уэссмана и Д. Рикса, 1999). Ниже приведены результаты этого исследования (таблица 3).

Таблица 3

*Результаты обследования пациентов исследуемой и контрольной групп  
(по тесту «Самооценка эмоциональных состояний»)*

Эмоциональное состояние	Исследуемая группа		P	Контрольная группа (n=92)	P*	P**
	1 подгруппа (n=62)	2 подгруппа (n=78)				
Спокойствие - тревожность	6,3±0,8	5,2±0,4	>0,05	7,6±0,4	<0,05	<0,05
Энергичность - усталость	5,8±0,7	4,9±0,8	<0,05	6,3±0,2	>0,05	<0,01
Приподнятость-подавленность	5,5±0,7	4,8±0,8	<0,05	6,5±0,2	>0,05	<0,05

\* - достоверность различий 1 подгруппы по отношению к контрольной группе;

\*\* - достоверность различий 2 подгруппы по отношению к контрольной группе

Согласно полученным данным достоверности различий между 1 и 2 подгруппами по шкале «Спокойствие - тревожность» не обнаружено. Достоверные различия между пациентами 1 и 2 подгруппами исследуемой группы наблюдаются по шкалам «Энергичность - усталость» и «Приподнятость - подавленность». Полученные данные позволяют нам сделать следующий вывод: даже на субъективном уровне восприятия у пациентов с длительным стажем наркотической зависимости происходит постепенно снижение энергетического потенциала, выражющееся в снижении энергичности, и постепенном снижении основного фона настроения.

*б) волевые расстройства у больных героиновой наркоманией*

При заполнении пациентами исследуемой группы специальных опросников нами особо был отмечен тот факт, что большинство пациентов крайне неохотно соглашались на участие в данном исследовании. Даже после начала заполнения опросников пациенты делали попытки прекратить исследование. Чтобы убедить больных продолжить исследование

требовалось иногда довольно значительное количество времени. Причем количество пациентов, дававших неохотно согласие на участие в исследовании, было достоверно большим среди пациентов с длительным стажем наркотизации. Данный факт может быть отчасти объяснен астеническими проявлениями в структуре раннего постабстинентного синдрома, а также может быть обусловлен нарушениями волевой сферы у больных с героиновой наркоманией.

При нахождении в стационаре пациенты наглядно демонстрировали нарушения в данной сфере. При возникновении каких-либо даже незначительных препятствий на пути решения каких-то проблем пациенты не были склонны к продолжению действия. Более показателен следующий пример: группа пациентов, часть из которых участвовала в исследовании, обратилась с просьбой к администрации центра о проведении дискотеки в вечернее время, однако большая часть больных, после того как узнала, что перед проведением дискотеки, предварительно необходимо убрать помещение, потеряла всякий интерес к проведению данного мероприятия.

Для выявления волевых расстройств нами использовалась «Нормированная шкала диагностики волевых расстройств» Л.О. Пережогина. Результаты представлены в таблице 4.

Согласно полученным данным, достоверные различия ( $P<0,05$ ) между пациентами 1 и 2 подгрупп исследуемой группы и контрольной группой были получены по параметру «Преодоление препятствий».

Сознательное преодоление препятствий на пути к цели включает преодоление внутренних состояний (болезнь, усталость), преодоление конкурирующих мотивов и целей. Очевидно, что лица с зависимостью от героина, испытывают определенные трудности с преодолением препятствий. Причем обнаруженная нами тенденция ухудшения данного показателя с длительностью времени употребления наркотика (отсутствие нарушения данной способности у  $32,7\pm6,1\%$  пациентов контрольной группы в

сравнении с  $18,7\pm7,1\%$  пациентов 2 подгруппы,  $P<0,05$ ; минимальный показатель выраженности расстройств способности к преодолению препятствий у  $1,2\pm0,2\%$  пациентов контрольной группы, аналогичные показатели исследуемых подгрупп -  $12,8\pm5,8\%$  и  $16,0\pm6,3\%$  соответственно,  $P<0,05$ ) свидетельствует о нарастании парциального дефекта такой части волевой сферы, как способность к преодолению препятствий.

В данной ситуации имеет место так называемый «порочный круг». Невозможность адекватного разрешения возникающих препятствий может быть причиной продолжающегося употребления наркотика. Кроме того, в ситуации выбора противоположно направленных целей и мотивов, конфликта конкурирующих тенденций, такие лица не могут адекватно преодолевать возникающие трудности, и у них может возникнуть стремление к аффективной разрядке, что так же способствует дальнейшему употреблению наркотика.

Таблица 4

*Показатели волевых расстройств у пациентов исследуемой и контрольной групп по методике «Нормированная шкала диагностики волевых расстройств» (%)*

Наименование способности	Степень выраженности расстройства	Исследуемая группа		Контрольная группа (n=92)
		1 подгруппа (n=62)	2 подгруппа (n=78)	
Волевые действия	Отсутствует	7,7 $1,9\text{---}20,7$	$18,4\pm10,8$	$19,5\pm8,3$
	Сомнительно	$76,9\pm13,2$	$75,5\pm12$	$69\pm9,7$
	Выражено	$15,4\pm11,3$	$6,1$ $1,8\text{---}16,4$	$11,5\pm6,7$
Преодоление препятствий	Отсутствует	$20,5\pm7,7$	$18,7\pm7,1^{**}$	$32,7\pm6,1$
	Сомнительно	$66,7\pm14,8$	$65,3\pm13,3$	$66,1\pm9,6$
	Выражено	$12,8\pm5,8^*$	$16,0\pm6,3^{**}$	$1,2\pm0,2$
Преодоление конфликта	Отсутствует	$38,2\pm12,6$	$34,7\pm13,3$	$24,1\pm9$
	Сомнительно	$48,7\pm15,7$	$63,3\pm13,5$	$66,7\pm9,9$
	Выражено	$13,1\pm11,4$	$2$ $0,6\text{---}10,3$	$9,2\pm6,1$
Преднамеренная регуляция	Отсутствует	$17,9\pm12$	$22,4\pm11,7$	$10,3\pm6,4$
	Сомнительно	$66,7\pm14,8$	$69,4\pm12,9$	$79,3\pm8,5$
	Выражено	$15,4\pm11,3$	$8,2$ $2,4\text{---}19,4$	$10,3\pm6,4$
Автоматизм и навязчивости	Отсутствует	$20,5\pm12,7^*$	$34,7\pm13,3^{**}$	$57,5\pm10,4$
	Сомнительно	$64,1\pm15,1^*$	$57,1\pm13,9$	$42,5\pm10,4$
	Выражено	$15,4\pm11,3^*$	$8,2$ $2,4\text{---}19,4^{**}$	$0$ $0\text{---}4,8$
Мотивы и влечения	Отсутствует	$61,5\pm15,3$	$55,1\pm13,9$	$60,9\pm10,3$
	Сомнительно	$35,9\pm15,1$	$42,9\pm13,9$	$39,1\pm10,3$
	Выражено	$2,6$ $0,6\text{---}13$	$2$ $0,6\text{---}10,3$	$0$ $0\text{---}4,8$
Прогностическая функция	Отсутствует	$20,5\pm12,7$	$12,9\pm10,3$	$26,4\pm9,3$
	Сомнительно	$69,2\pm14,5$	$73,7\pm10,3$	$72,4\pm9,4$
	Выражено	$10,3$ $2,6\text{---}24,5^*$	$13,4$ $4,1\text{---}18,7^{**}$	$1,1$ $0,5\text{---}6,4$

Примечание - Достоверных различий между 1 и 2 подгруппами не обнаружено;

\* - достоверность различий 1 подгруппы по отношению к контрольной группе;

\*\* - достоверность различий 2 подгруппы по отношению к контрольной группе

По графе «Автоматизм и навязчивости – отсутствие расстройства» также отмечается достоверность различий между пациентами исследуемой и контрольной группы ( $P<0,01$  для 1 подгруппы и  $P<0,05$  – для 2 подгруппы). Еще большей наглядностью обладает отсутствие выраженных расстройств данной группы у контрольных пациентов (достоверность различий с 1 и 2 подгруппами -  $P<0,01$  и  $P<0,05$ , соответственно). Это наглядно демонстрирует характерную для лиц с героиновой наркоманией легкость выработки навыков автоматических действий с утратой контроля над ними, наличием навязчивых мыслей, действий. В жизни это проявляется тем, что больные в процессе наркотизации утрачивают способность к гибкому подходу в решении возникающих разнообразных жизненных ситуаций, склонны к использованию ограниченного набора паттернов поведения. Несмотря на умелое использование данных «шаблонов» в привычных для них ситуациях (например, поиск наркотика или средств для покупки последнего), в остальных ситуациях они неконгруентны, испытывают трудности в оценке обстановки и адекватной реакции на нее.

Полученная достоверность различий между пациентами исследуемых подгрупп с контрольной группой по параметру «Прогностическая функция» ( $1,1; 0,5 < 6,4\%$  у пациентов контрольной группы и  $10,3; 2,6 > 24,5\%, 13,4; 4,1 > 18,7\%$  у пациентов 1 и 2 подгрупп, соответственно,  $P<0,05$ ), используемая для оценки переживания собственно волевого акта, имеющего осознанную цель, и сопровождаемое осознанным представлением о средствах и последствиях достижения цели, осознания свободы воли, отражает слабость прогностической функции лиц страдающих зависимостью от героина. По сути, они живут «одним днем», не стремясь предугадать свои поступки даже на самое ближайшее свое будущее. Данный факт может быть описан наиболее точно выражением «не видеть дальше своих башмаков» и закономерен для лиц, страдающих наркотической зависимостью. Хотя в настоящем исследовании и не было получено достоверных различий между подгруппами с различным стажем наркотизации, собственный опыт показывает, что наиболее выраженные случаи отсутствия прогностической функции характерны, как правило, для больных с большим стажем заболевания. В условиях отделения это расстройство выражалось, например, в реализации желания немедленной выписки, несмотря на все негативные реакции со стороны не только родителей, но и правоохранительных органов. Пациент, которому лечение было предложено как альтернатива тюремному заключению, продолжал настаивать на выписке, несмотря на то, что ему грозило лишение свободы на срок в несколько лет.

По шкалам «Волевые действия», используемым для оценки действий, совершаемых без актуально переживаемой потребности в самом действии либо

в его результатах, но за которыми стоит решение, направленное на удовлетворение потребности в отдаленном будущем, создание объективных ценностей на пользу общества или отдельных людей, удовлетворение требований коллектива, ближайшего окружения (при отсутствии собственной заинтересованности), подчинение нормам морали, принятых в обществе; «Преодоление конфликта», используемым для выявления особенностей преодоления конфликта при выборе из двух и более несовместимых действий, целей, обусловленных разными мотивами, и/или приводящих к разным последствиям, предпочтение личным или социальным мотивам, оценка собственно цели и ее возможных последствий; «Преднамеренная регуляция» (использованным для раскрытия регуляции параметров действия (силы, скорости, темпа), торможение неадекватных психических процессов, особенно эмоциональных, организации психических процессов в соответствии с ходом деятельности, способности оказывать сопротивление рефлекторным действиям) а также по шкале «Мотивы и влечения» (использованным для выявления переживания первичного, ненаправленного влечения, переживания естественного инстинктивного побуждения) достоверности различий, как между пациентами исследуемых подгрупп, так и в сравнении между пациентами исследуемой группы и группы контроля получено не было.

#### *Динамика аффективно-волевых расстройств у пациентов исследуемых подгрупп, находящихся в воздержании, через 6 месяцев после выписки*

##### *Динамика аффективных расстройств*

При исследовании аффективной сферы у пациентов исследуемой группы, нами были отмечены интересные особенности характерные для тех или иных подгрупп.

Для пациентов 1 подгруппы исследуемой группы, то есть лиц с общим стажем наркотизации не более 1 года, была характерна эмоциональная лабильность, резкие перепады настроения, от дисфории до состояний схожих с гипоманиакальным. Пациенты были склонны к депрессиям с выраженным тревожным компонентом, вспыльчивы, эксплозивны. Напротив, у пациентов с длительным стажем наркотического употребления аффективные нарушения все больше принимали «органический» характер. Обращал на себя внимание крайне узкий диапазон эмоций, скучность мимики, и «неестественность» эмоций. Динамические изменения эмоциональной сферы сопровождаются значительной выхолощенностью, своеобразным опустошением. «Происходит нарастание апатического компонента, снижение общей энергетики, своеобразное «похолодание» эмоций, и нарастающая дисгармония всей эмоциональной жизни, отражает характер дефекта» (таблица 5). Данные изменения у пациен-

Таблица 5

Динамика частоты встречаемости аффективных нарушений у пациентов исследуемой группы

Симптом	Исследуемая группа									
	1 подгруппа (n=44)					P	2 подгруппа (n=51)			
	после выписки		через 6 месяцев		довери- тельный интервал		%	довери- тельный интервал	%	довери- тельный интервал
Аффектив- ная неус- тойчивость	82,3	±9,5	40,9	±14,5	<0,01	88,5	±7,1	51	±13,7	<0,01
Гипотимия	41,9	±12,3	22,7	±12,4	>0,05	41	±10,9	23,5	±11,6	>0,05
Апатия	14,5	±8,8	6,8	1,8<>18,4	>0,05	17,9	±8,5	9,8	3<>21,6	>0,05
Аспонтан- ность	32,3	±11,6	13,6	±10,1	>0,05	46,2	±11,1	21,6	±11,3	<0,05
Ангедония	6,5	2,2<>15,8	6,8	1,8<>18,4	>0,05	9	±6,3	11,8	±8,8	>0,05
Отсутствие эмпатии	25,8	±10,9	22,7	±12,4	>0,05	62,9	±10,2	52,9*	±13,7	>0,05
Уплощение аффекта	4,8	1,7<>13,4	4,5	1,2<>15	>0,05	10,3	±6,7	7,8	2,4<>18,7	>0,05

\* - наличие достоверной разницы между подгруппами исследуемой группы

тов наиболее четко прослеживаются в отношениях с близкими родственниками. Родственники пациентов отмечали, что наблюдали выраженные изменения, происходящие в характере своих близких. Пациенты становились более грубыми, морально черствыми людьми, у больных отмечалось снижение чувства эмпатии, как по отношению к своим родным, так и по отношению к окружающим.

В общении с родителями пациенты практически не скрывали к ним своего «потребительского» отношения. Это проявлялось не только в пренебрежительном тоне, которого преимущественно они придерживались, но и в несколько снисходительном отношении к близким и родственникам со словами: «Да ладно, мама, много ты понимаешь», «Я сам все знаю», «Не дурак, понятно же все» и тому подобное.

Анализ полученных данных позволил нам сделать акцент на следующих ключевых моментах:

а) скорость обратного развития таких аффективных симптомов как гипотимия и неустойчивость настроения в обеих подгруппах исследуемой группы в целом была сопоставима;

б) высокие темпы и значительный процент редукции эмоциональной неустойчивости (достоверность изменений в обеих подгруппах  $P<0,01$ ) дает основание условно отнести данный симптом к «позитивным», то есть способным к обратному развитию;

в) темпы обратного развития такого симптома, как апатия (равно как и частота его встречаемости), были недостоверно ниже в 2 подгруппе;

г) несмотря на достоверное снижение частоты встречаемости такого симптома, как аспонтанность в 2 подгруппе ( $P<0,05$ ), темпы обратного развития во 2 подгруппе, исследуемой группы, были в 1,5 раза

меньше, чем в 1 подгруппе (с 46,2% до 21,6% во 2 подгруппе, и с 32,3% до 13,6% в 1 подгруппе);

д) с длительностью времени пребывания в возмещении у пациентов с большим стажем употребления героина наблюдалось нарастание явлений ангедонии (9,0% после выписки в сравнении с 11,8% через 6 месяцев), в 1 подгруппе данной динамики не наблюдалось;

е) отсутствие эмпатии по истечении полугода встречалось у 22,7% и 52,9% пациентов 1 и 2 подгрупп, соответственно. Достоверность различий в частоте встречаемости данного симптома (как на момент выписки, так и спустя 6 месяцев) была статистически подтверждена; однако динамика данного симптома в каждой из подгрупп не была достоверной (то есть симптом был относительно стабильным);

ж) данные по показателю «уплощение аффекта» составили для 1 и 2 подгрупп следующие значения: 4,8% (на момент выписки) и 4,5% (через 6 месяцев после выписки) и 10,3% (на момент выписки) и 7,8% (через 6 месяцев после выписки), то есть динамика не была достоверной. Однако тот факт, что темпы обратной динамики были незначительными, свидетельствует о стабильности данного признака; следовательно, он может быть отнесен к устойчиво-дефектным состояниям эмоциональной сферы.

Таким образом, у пациентов со стажем наркотизации более 5 лет формируются стойкие нарушения аффективной сферы в виде аспонтанности, ангедонии, отсутствия эмпатии и уплощения аффекта.

При исследовании эмоциональной сферы пациентов исследуемой группы методикой «Самооценка эмоциональных состояний» (А. Уэссмана и Д. Рикса), были получены следующие результаты, представленные в таблице 6.

Таблица 6

*Динамика результатов обследования пациентов исследуемой группы  
(по тесту «Самооценка эмоциональных состояний») (%)*

Эмоциональное состояние	Исследуемая группа					
	1 подгруппа (n=44)		P	2 подгруппа (n=51)		P
	после выписки	через 6 месяцев		после выписки	через 6 месяцев	
Спокойствие - тревожность	6,3±0,8	7,7±0,8	>0,05	5,2±0,4	6,1±0,5*	>0,05
Энергичность – усталость	5,8±0,7	6,8±0,6	>0,05	4,9±0,8	5,3±0,5*	>0,05
Приподнятость - подавленность	5,5±0,7	5,9±0,4	>0,05	4,8±0,8	4,9±0,6	>0,05

\* - достоверность различий между подгруппами ( $P<0,05$ )

На основании полученных данных, представленных в таблице 6, установлено, что:

- несмотря на недостоверность разницы в динамике внутри каждой из подгрупп по показателям «Спокойствие – тревожность», через 6 месяцев после выписки значения данной категории достоверно различались между подгруппами ( $7,7\pm0,8$  и  $6,1\pm0,5$  для 1 и 2 подгрупп, соответственно, при  $P<0,05$ ). Это свидетельствует о больших компенсаторных возможностях эмоциональной сферы пациентов с малым стажем наркотизации;

- высокая скорость положительной динамики показателя «Энергичность – усталость» у пациентов 1 подгруппы свидетельствует о большей пластичности астенического симптомокомплекса.

Таким образом, у пациентов с длительным стажем наркотизации расстройства астенического регистра более стабильны, ригидны, то есть данные изменения вполне подпадают под определение «редукция энергетического потенциала».

Отсутствие достоверных отличий по показателю «Приподнятость – подавленность» были интерпретированы нами следующим образом. Данный показатель напрямую коррелирует с таким клиническим симптомом, как гипотимия, который и в случае регистрации его выраженности так же не показал достоверных различий.

#### *Динамика волевых расстройств*

Волевая активность в процессе воздержания у исследуемых лиц не претерпевала значительных изменений (таблица 7). Наркоманическая парабулия регистрировалась практически у всех пациентов, участвующих в повторном исследовании.

К проявлениям данной категории расстройства относятся:

- негативизм;
- импульсивность;
- вычурность.

Данные расстройства: реализуется комплексно и практически не разделимы друг от друга. Причем по утверждению Л.Н. Благова именно вычурность является «комплектной» характеристикой дефекта и широко проявляется не только в поведенческих про-

явлениях, высказываниях, суждениях (использование кодовых жаргонных выражений, например «Андрей заходил», что на сленге наркоманов означает: «Принеси анаши» и тому подобное), но и следование (дрейф) в русле наркоманических установок. Вычурность также внешне проявляется в поведении, «модной» одежде, аксессуарах.

При исследовании пациентов, нами был отмечен тот факт, что у пациентов 1 подгруппы наркоманическая парабулия встречалась интенсивнее, во 2 подгруппе волевые расстройства были больше похоже на гибобулию с общим снижением волевой активности.

Клинически это проявлялось тем, что около 81% от общего количества пациентов второй подгруппы исследуемой группы после выхода из программы вели «паразитический» образ жизни, не пытались трудоустроиться или попытаться каким-либо другим способом обеспечить себе источник дохода. Лица с некогда высоким профессиональным уровнем не предпринимали попыток вернуться на прежнее место работы, а если и трудоустраивались, то стремились попасть на работу, не требующую постоянного повышения профессионального уровня и жесткого распорядка дня. Пациенты, которые возобновляли трудовую деятельность, большей частью промышляли частным извозом, то есть работой, не требующей определенной профессиональной подготовки и квалифицированных трудовых навыков. При опросе родственников было отмечено, что у почти пациентов с длительным стажем наркотизации отмечалось выраженное угасание прежних интересов и увлечений, больные были крайне бездеятельны, пассивны. Все возникающие трудности и малейшие препятствия в жизни пациенты стремились переложить на плечи родственников и близких, демонстрируя тем самым свою повышенную зависимость от них.

В результате проведенных исследований установлено следующее:

- отсутствие достоверных различий между пациентами исследуемых подгрупп, находящихся в воздержании, может свидетельствовать о том, что волевая сфера наркозависимых, не претерпевает значительных изменений в процессе ремиссии;

Таблица 7  
Динамика показателей волевых расстройств у пациентов исследуемой группы (по методике «Нормированная шкала диагностики волевых расстройств»)

Наименование расстройства	Степень выраженности	Исследуемая группа			
		1-ая подгруппа (n=44), после выписки, %		2-ая подгруппа (n=51) после выписки, %	
Волевые действия	Отсутствует	7,7 1,9<>20,7	9,1 2,4<>21,8	>0,05	18,4±10,8 20,5±11,9
	Сомнительно	76,9±13,2	79,5±11,9	>0,05	75,5±12 77,3±12,3
	Выражено	15,4±11,3	11,4 3,4<>24,8	>0,05	1,8<>16,4 1,2<>15,0
Преодоление препятствий	Отсутствует	20,5±7,7	22,7±12,3	>0,05	18,7±7,1 18,2±11,3
	Сомнительно	66,7±14,8	68,2±13,7	>0,05	65,3±13,3 68,2±13,7
	Выражено	12,8±5,8	9,1 2,4<>21,8	>0,05	16,0±6,3 13,6±10,1
Преодоление конфликта	Отсутствует	38,2±12,6	38,6±14,3	>0,05	34,7±13,3 36,4±14,2
	Сомнительно	48,7±15,7	47,7±14,7	>0,05	63,3±13,5 61,4±14,3
	Выражено	13,1±11,4	13,6±10,1	>0,05	2 0,6<>10,3 0,6<>11,6
Преднамеренная регуляция	Отсутствует	17,9±12	18,2±11,3	>0,05	22,4±11,7 22,7±12,3
	Сомнительно	66,7±14,8	68,2±13,7	>0,05	69,4±12,9 70,5±13,4
	Выражено	15,4±11,3	13,6±10,1	>0,05	8,2 2,4<>19,4 1,8<>18,4
Автоматизм и навязчивости	Отсутствует	20,5±12,7	22,7±12,3	>0,05	34,7±13,3 36,4±14,2
	Сомнительно	64,1±15,1	65,9±14,0	>0,05	57,1±13,9 59,1±14,5
	Выражено	15,4±11,3	11,4 3,4<>24,8	>0,05	2,4<>19,4 1,2<>15,0
Мотивы и влечения.	Отсутствует	61,5±15,3	63,6±14,2	>0,05	55,1±13,9 56,8±14,6
	Сомнительно	35,9±15,1	34,1±14,0	>0,05	42,9±13,9 40,9±14,5
	Выражено	2,6 0,6<>13	2,3 0,6<>11,6	>0,05	2 0,6<>10,3 0,6<>11,6
Прогностическая функция	Отсутствует	20,5±12,7	22,7±12,3	>0,05	12,9±10,3 11,4 3,4<>24,8
	Сомнительно	69,2±14,5	70,5±13,4	>0,05	73,7±10,3 77,3±12,3
	Выражено	10,3 2,6<>24,5	6,8 1,8<>18,4	>0,05	13,4 4,1<>18,7 11,4 3,4<>24,8

---

---

– отсутствие положительной динамики в редукции волевых нарушений, по всей видимости, связано с достаточной их устойчивостью во времени, т.е. имеет место парциальный дефект волевых побуждений. Несмотря на декларируемые возможности коррекции волевых нарушений с помощью психотерапии, на сегодняшний день в программах медико-социальной реабилитации отсутствуют эффективные психотерапевтические мероприятия, направленные на восполнение существующего дефицита волевой сферы.

**Литература:**

1. Благов, Л.Н. Эмоциональные расстройства в клинике опийной наркомании / Л.Н. Благов // Материалы международной научной конференции – Гродно, 1993. – С. 301-302.
2. Курек, Н.С. Психологическое исследование эмоциональных особенностей больных опийной и эфедроновой наркоманией (мужчин) / Н.С. Курек, М.В. Самойлова // Актуальные вопросы наркологии: тезисы научных сообщений наркологов, 24-25 апреля 1989 года. – Алматы, 1989. – С. 66-70.
3. Маслов, Е.В. Вопросы невропатологии и психиатрии. Краткое содержание докладов / Е.В. Маслов. — Львов, 1966.

---

---

**Выводы**

Таким образом, это позволило нам прийти к следующему выводу: аффективно-волевая сфера на начальных этапах прогредиентной динамики героиновой наркомании характеризуется развитием аффективной неустойчивости, а на отдаленных этапах – дефицитарным симптомокомплексом в виде гипотимии, апатии, аспонтанности или потери спонтанности побуждений, ангедонии или утраты «радости» жизни, отсутствия чувства эмпатии, уплощения аффекта.

---

---

## СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ

УДК 159.923:316.6

### ВОВЛЕЧЕНИЕ В ДЕСТРУКТИВНЫЕ КУЛЬТЫ И СЕКТЫ – СОЦИАЛЬНАЯ ЭПИДЕМИЯ НОВОГО ВРЕМЕНИ (ОПЫТ СИСТЕМНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

А.Л. Катков

главный региональный эксперт по оценке распространения социальных эпидемий РНПЦ МСПН, д.м.н., проф.

Ж.Ш. Аманова

заведующая патопсихологической лабораторией РНПЦ МСПН

С конца ХХ века отмечается всплеск такого социального явления, как вовлечение населения в деятельность деструктивных культов и сект (Щиголов И.И., 1995).

Наиболее распространенное определение секты следующее: секта – религиозная организация, противопоставляющая себя общепризнанным в данном регионе церковным организациям или религиозным традициям (Первый толковый большой энциклопедический словарь, 2006).

Тоталитарные секты стремятся к установлению полного контроля над всеми сферами жизнедеятельности своих адептов.

**(1)** Среди характерных признаков сект, согласно многочисленным справочным изданиям, выделяют следующие:

1) религиозная реклама – сектантская пропаганда обращена зачастую не к высшим побуждениям, а к подсознательным запросам и установкам человека. При этом используются все виды рекламы в средствах массовой информации, уличная реклама, почтовая реклама, незатейливые приглашения посетить собрания или семинары с неопределенными названиями и т.д.;

2) агрессивный прозелитизм и психологическое давление – установка на постоянную вербовку новых сторонников (адептов); новичок всегда окружается особым вниманием, имеет место так называемая «бомбардировка любовью» и др.;

3) двойное учение – секта, как правило, имеет двойную историю своего учения: одно для рекламы и привлекательного имиджа, другое – для внутреннего пользования;

4) иерархия – организация секты почти всегда строгого иерархична, что позволяет держать под строгим контролем и направлять действия членов секты на всех ее ступенях и не допускать критического отношения ни к учению секты, ни к ее лидерам;

5) непогрешимость секты и ее основателя – все существовавшие в истории человечества и существующие духовные практики, отличающиеся от «истинного слова учителя» объявляются ошибкой и недоразумением;

6) программирование сознания – люди, ищащие, но не нашедшие оснований, ясных критериев и правил жизни, легко внушаемы, готовы принять условия установки своих учителей и отказаться от собственной свободы: в результате человек оказывается в полной зависимости от сектантского учения;

7) духовная избранность – членам секты внушают, что они – единственные спасенные люди, а окружающие – люди «второго сорта», обреченные на погибель, так как не разделяют учения секты;

8) контроль жизнедеятельности – истинная цель сектантской организации – контроль над многими, а в идеале – над всеми сферами человеческой жизни; в конечном счете сектанты приносят в жертву секте свое время, здоровье, имущество, иногда – жизнь;

9) политические цели – многие секты, такие, например, как Церковь Объединения Мира, «Свидетели Иеговы», саентология Рона Хаббарда – являются крупными финансовыми империями, стремящимися получить власть над миром;

10) лидеры сект обычно дистанцируются от активного социума, избегают открытых дискуссий. Они не склонны к каким-либо компромиссам («с мной или против меня» – обычный лозунг лидера секты).

**(2)** Точных данных о количестве лиц, вовлекаемых в деятельность деструктивных культов и сект на текущий момент нет. Однако многие исследователи считают, что речь идет о нескольких десятках миллионов (от 10 до 40) жителей планеты, т.е. около 0,1-0,4% населения. По мнению И.И. Щиголова (2004), в настоящее время в постсоветских республиках имеет место «магическая пораженность общества», достигшая небывалых масштабов. В Кратком антисектантском справочнике перечислены более 100 организаций с признаками деструктивных тоталитарных сект, действующих на территории постсоветских республик. Многие из них имитируют под общественные организации, оказывающие помочь социально уязвимым группам населения, в частности – наркозависимым (Иоффе Г., 2009; Каклюгин Н.В., 2009).

**(3)** Термин «деструктивные», используемый в отношении определенных культов и сект, связан с опасными последствиями их деятельности для здоровья и благополучия вовлекаемых лиц. Вредоносное влияние деструктивных сект на психическое и психологическое здоровье вовлекаемых лиц связывают с использованием механизмов манипуляции сознанием. При этом основной целью является достижение тотального контроля над мышлением, эмоциями, поведением новообращенных лиц (Пронин И.П., 2003). В используемых технологиях установления контроля над сознанием различают 3 стадии: 1) процесс разрушения личности; 2) процесс идеологической обработки; 3) процесс укрепления новой личности (Хассен С., 2001).

Основными техниками, используемыми на стадии разрушения личности, являются: дезориентация – замешательство, сенсорная депривация или перегрузка, физиологические манипуляции (лишение сна, изменение диеты), применение трансовых техник (возрастная регрессия, визуализация, притчи и метафоры, путаница понятий, прямая суггестия, медитация, скандирование, пение, молитвы, сомнение в собственной идентичности, негативная переоценка своего прошлого.

На стадии процесса идеологической обработки используются техники: навязывания новой идентичности, техники изменения поведения (поощрение и наказание, блокировка мышления, контроль среды), мистическая манипуляция, трансовые техники, использование откровений новообращенных в групповых и индивидуальных занятиях без их согласия.

На стадии укрепления новой личности используются такие приемы, как: отделение от прошлого – сокращение или полное прекращение контактов с друзьями и семьей, отказ от жизненно важной собственности в пользу секты, переход к деятельности полноправного члена секты, изменение внешнего вида и норм поведения в соответствии с правилами секты, углубленные занятия по индоктринации (Хассен С., 2001; Езерский В., 1998; Ицкович М.М., 1999; Елизаров А.Н., Михайлова А.А., 2003).

Можно считать установленным фактом, что многократное или даже однократное использование вышеупомянутых технических приемов по установлению контроля сознания без соответствующего экологического оформления и выведения из состояния измененного сознания (т.е. депрограммирования с возвратом контроля над поведением) приводит к достаточно серьезному психическим и психосоматическим нарушениям, а также к социальным проблемам.

Среди психических нарушений чаще всего отмечаются следующие: приступы паники и тревоги; депрессия, посттравматическое стрессовое расстройство; чувство вины и страха; потеря свободы воли и контроля над жизнью; духовное насилие; регресс в инфантильность; потеря спонтанности, не-

посредственности, непринужденности и чувства юмора; потеря коммуникативных навыков вне группы; потеря доверия, боязнь близости и обязательств, что приводит к проблемам в отношениях с окружающими и с трудоустройством; потеря автономии, ослабление способности самостоятельно принимать решения и выносить критические суждения; замедленное психологическое развитие, потеря психической силы; диссоциирующие, «плавающие» состояния, возвращающие по механизму триггера к воспоминаниям о жизни в секте; радикальное изменение личностной идентичности; психические расстройства, галлюцинации, нервные срывы, психопатические эпизоды, индуцированный бред, мания величия, суициdalное мышление, суициdalные попытки, расстройства сна, кошмары

К наиболее часто отмечающимся психосоматическим и соматическим расстройствам относятся следующие: пищеварительные расстройства; сексуальные проблемы; головные боли, боли в спине; астматические приступы; кожные раздражения; ухудшение физического состояния, возрастные восприимчивости к болезням и общее утомление; неполнопоченное питание, преждевременная смерть из-за отсутствия или неадекватного медицинского ухода.

Среди социальных проблем наиболее часто отмечаются преследования и угрозы со стороны последователей культа, потерю близких, разрыв социальных связей, материальный ущерб (Тобиас М.Л., Лалич Д., 2000; Дворкин А.Л., 1996; Кондратьев Ф.В., Волков Е.Н., 2001; Пронин И.П., 2003; Агишев В.Г., Бондарев Н.В., 2004; Погодин Д.А., Зражевская И.А., 2007; Портнова А.А., Серебровская О.В., Тарасов С.В., Цекин В.П., 2009).

**(4)** Общественная опасность деструктивных культов и тоталитарных сект обуславливается, в первую очередь, нарушением прав и свобод граждан, вовлекаемых в деятельность данных организаций, а также негативными последствиями для психического и психологического здоровья вследствие реализуемой манипулятивной практики (Сериков А.Л., 2000; Сидоров П.И., 2004).

В антисектантском справочнике и на соответствующих сайтах приводится впечатляющий список многочисленных преступлений сектантов, включая массовые самоубийства и убийства ни в чем не повинных граждан (например, газовая атака в токийском метро, организованная представителями секты «Аум сенрикё»).

Вызывают обоснованные опасения агрессивные способы и методы завоевания «пасты», которые в некоторых публикациях обозначаются как «психический терроризм» (Сидоров И.П., 2004).

Однако наиболее тяжелые социальные последствия деятельности деструктивных сект связаны с тем неявным и нигде не рекламируемым обстоятельством, что данные организации действуют по прин-

ципу финансово-психологических пирамид. Под обещания райской жизни на земле и вечного блаженства на небе собираются значительные пожертвования, которые могут включать все средства и имущество вовлекаемых адептов. Т.е. имеет место циничная практика отъема средств граждан с использованием соответствующих психотехнологий. Далее такого рода адепты эксплуатируются в качестве «агентов-зазывальщиков». Это есть непременное условие положительного, одобряемого лидером секты поведения. Те из них, кто рано или поздно прозревает и отказывается от грубых манипуляций, безжалостно изгоняются и оказываются у «разбитого корыта» – без средств, имущества, нажитых социальных связей. Такие лица оказываются легкой добычей других сетевых структур, занятых распространением наркотиков, либо пополняют армию больных и бездомных, живущих на пособие, подаяние.

**(5)** Среди основных причин, способствующих вовлечению в деструктивные культуры и секты, наиболее часто (по результатам более чем 200 публикаций) называют следующие:

- агрессивный сектантский прессинг от близких и значимых лиц;
- наличие острой или хронической психической травмы;
- потребность в сочувствии и помощи;
- кризис традиционной системы ценностей;
- кризис в системе интерперсональных отношений (чаще всего – семейных);
- поисковое поведение в связи с экзистенциальным кризисом;
- поисковое поведение в связи с кризисом идентичности;
- психопатология;
- особенности личности.

Последнее обстоятельство многие исследователи считают особенно важным. Так, по мнению П.И. Сидорова (2005), главным условием развития зависимого культового поведения является зависимая личность вне личностного расстройства, характеризующаяся инфантильностью, внушаемостью и подражательностью, прогностической некомпетентностью и сниженной интуицией, ригидностью и упрямством, наивностью и простодушием, чувственной непосредственностью, любопытством и высокой поисковой активностью, максимализмом и эгоцентризмом, яростью воображения и фантазией, впечатлительностью и нетерпеливостью, склонностью к риску, «вызову опасности», страхом быть покинутым. Зависимые личностные расстройства, по МКБ-10, характеризуются неспособностью самостоятельно принимать решения, готовностью позволять другим принимать значимые решения, затруднениями начать какое-либо дело самостоятельно, готовностью добровольно выполнять неприятные работы с целью приобрести поддержку, плохой перено-

симости одиночества, ощущением беспомощности, когда рушится близкая связь, охваченностью страхом быть отвергнутым, легкой ранимостью и податливостью любой критике.

В связи со всем вышесказанным, стержневой механизм вовлечения в деструктивные культуры и секты видится в том, что таким образом удовлетворяются явные и скрытые запросы определенной части населения в принадлежности, признании, любви и заботе. И в том, что эти «услуги» доставляются до реальных или потенциальных потребителей за счет системы агрессивного сетевого маркетинга, функционирующей практически при каждой деструктивной секте.

**(6)** Следует отметить, что какой-либо осмысленной и аргументированной стратегии комплексного противодействия социальной эпидемии вовлечения населения в деструктивные культуры и секты до настоящего времени не разработано. Возможно, еще и потому, что основные усилия политических и силовых элит сосредоточены на борьбе с религиозным, национальным и политическим экстремизмом, который считается гораздо более серьезной угрозой для действующего социального порядка.

Далее следует отметить очевидный акцент на нормативно-правовой (т.е. силовой) способ решения проблемы деструктивных сект и культов, имеющий место не только в бывших союзных республиках, но и в других, в том числе развитых странах мира. Так, например, в Республике Казахстан деятельность религиозных организаций и объединений регулируется специальным Законом РК «О свободе вероисповедания и религиозных объединениях» от 15 января 1992 г. Согласно статье 1 данного Закона «... осуществление свободы исповедовать религию или распространять убеждения может быть ограничено законодательством ... в целях охраны общественного порядка... безопасности жизни, здоровья, нравственности или прав и свобод других граждан».

Деятельность религиозных объединений, не зарегистрированных в установленном законодательством порядке (т.е. без прохождения соответствующей религиоведческой экспертизы) не допускается.

В уголовно-процессуальном Кодексе РК предусмотрена ответственность за «создание или участие в деятельности незаконных религиозных, общественных и других объединений (т.е. не прошедших соответствующей процедуры легитимизации), организацию деятельности общественного или религиозного объединения, либо иной организации после решения суда о запрете их деятельности по основаниям, предусмотренным действующим законодательством» (ст. 337; ст. 337-1 УПК Республики Казахстан).

Деятельность религиозного объединения может быть приостановлена в случае нарушения законодательства РК на срок от 3-х до 6 месяцев, что также предполагает проведение первичной и повторной

юридической и религиоведческой экспертизы (ст. 10-1 Закона РК «О свободе вероисповедания и религиозных объединениях» от 15 января 1992 г.)

Основная сложность пресечения деятельности деструктивных сект, как правило, связана с доказательством наличия юридических оснований, необходимых для запрета или приостановления деятельности конкретной организации. В данной связи особую важность приобретают проработанные принципы и технологии судебно-экспертной оценки тяжести вреда здоровью в виде психического расстройства (Ткаченко А.А., Яковлева Е.Ю., 2008). А также – констатация и должная правовая оценка действий организаторов деструктивных культа и сект, нарушающих или прямо попирающих права человека на жизнь, свободу и личную неприкосновенность (Морозова О., 2004).

При этом следует отметить тот факт, что стратегия лидеров деструктивных культа предусматривает первоочередное вовлечение представителей влиятельной политической элиты, которые в последующем обеспечивают протекцию и эффективную защиту от попыток пресечения незаконной деятельности секты. Во-вторых, такая стратегия предусматривает открытое давление и устрашение лиц, подающих судебные иски о нанесении ущерба и обращающихся в правоохранительные органы по этому поводу. В-третьих, лидеры сект устанавливают прочные связи с адвокатами и организациями, которые только называют себя правозащитными, а на деле специализируются на поиске слабых мест в доказательной базе соответствующих экспертных заключений.

Необходимо упомянуть и о том, что сами по себе вопросы юридической, религиоведческой и соответствующей судебной психолого-психиатрической экспертиз в данном случае чрезвычайно сложны и неоднозначны.

Вследствие всего вышесказанного правоприменительная практика, как средство пресечения противозаконной деятельности деструктивных культа и сект – явление, скорее, единичное, чем общее.

Что же касается противодействия вовлечению населения (особенно детей, подростков, молодежи) в деструктивные культы и секты в социальногуманитарном секторе, то дальше информирования молодежи об опасностях, связанных с данной проблемой, и обучения простым приемам противодействия вербовочным действиям – дело обычно не идет (Елизаров А.Н., Михайлова А.А., 2003). Т.е. организованная первичная профилактика распространения обсуждаемой социальной эпидемии среди уязвимых групп населения практически отсутствует.

Институт практических психологов в последние годы все чаще привлекается для работы с лицами, вовлеченными в деятельность деструктивных культа и сект. Инициатива при этом исходит от родных и близких новообращенных адептов, а не от самого зависимого лица, что делает непосредственную ра-

боту с ним крайне затруднительной или даже невозможной. Доступными для психологической или профессиональной психотерапевтической помощи экспадепты деструктивных культа становятся на стадии отлучения от соответствующей организации, что обычно сопровождается формированием клиники острого, в последующем – хронического посттравматического стрессового расстройства.

Вместе с тем профессиональное психологическое консультирование семьи (семейное консультирование), особенно на ранних этапах вовлечения члена семьи в деструктивную секту, в последние годы все чаще практикуется как опосредованная психологическая помощь зависимым лицам (Пронин И.П., 2004).

Лечение и реабилитация лиц с легкими, средними и тяжелыми расстройствами психики, поведения, соматическими нарушениями, развившимися вследствие использования грубых манипулятивных психотехнологий, в бывших союзных республиках проводится на общих основаниях в соответствии с действующим законодательством.

Специализированные центры психологической помощи и реабилитации пострадавших от деструктивных культа и сект действуют лишь при некоторых НПО и отделениях Русской православной церкви.

Эти же центры осуществляют информационную и консультативную деятельность по вопросам сектантства, выпускают справочную литературу по сектам, организовывают тематические сайты, а также ведут иную просветительскую деятельность.

(7) Общая оценка эффективности противодействующих процессу вовлечения населения в деструктивные культы и секты усилий в данном случае учитывает следующие параметры:

наличие:

- законодательства, регулирующего деятельность религиозных объединений, идентифицирующего признаки деструктивности в деятельности данных организаций, предусматривающего вынесение запрета на деятельность таких организаций и уголовное преследование за причинение вреда здоровью или нанесение иного ущерба лицам, вовлеченным в деятельность данных организаций;

- проработанных и утвержденных специальным постановлением Правительства Республики Казахстан (№ 70 от 30 января 2007 г.) Правил проведения религиоведческой экспертизы;

- специального Агентства по делам религий, действующего в составе Правительства РК и курирующего комплекс вопросов, связанных с реализацией Закона РК (от 15 января 1992 г.) «О свободе вероисповедания и религиозных объединениях»;

- правоприменительной практики в отношении отдельных религиозных объединений, идентифицированных в соответствии с процедурами, установленными законами РК как деструктивные секты;

– свободного доступа населения к информации о деструктивных культурах и сектах (книжные издания, тематические сайты, информационные кампании в СМИ);

– возможностей получения консультативной, психолого-психотерапевтической, психиатрической и медицинской помощи в частных и государственных учреждениях республики на основаниях, предусмотренных законодательством РК;

*отсутствие:*

– национальной стратегии противодействия вовлечению населения в деструктивные культуры и секты, предусматривающей эффективный мульти-секторальный ответ;

– эффективного первично-профилактического звена, предусматривающего полноценный охват наиболее уязвимых групп населения (в первую очередь – детей, подростков, молодежи);

– специализированной системы помощи семьям и лицам, пострадавшим от деятельности деструктивных сект в государственном секторе здравоохранения, психотерапевтических, консультативно-психологических центрах, центрах социальной помощи;

– комплексной системы мониторинга состояния проблемы с возможностью оценки ее масштабов, масштабов социального и экономического ущерба, несомого обществом в связи с деятельностью деструктивных сект, эффективности социального противодействия в целом и по отдельным направлениям в частности;

*дефицит:*

– научно-обоснованных концепций противодействия формированию психологической зависимости;

– эффективных научно-обоснованных технологий: 1) диагностики повышения риска вовлечения в деструктивные культуры и секты среди различных возрастных групп населения; 2) экспресс-психотерапевтической и консультативно-психологической помощи лицам, находящимся на стадиях размыщения и принятия решения о вступлении в sectu (по Д. Проказа, К. ДиКлементе); 3) технологий семейной психотерапии и консультирования, в том числе как формы опосредованной психологической помощи лицам, вовлеченным в деятельность деструктивных сект; 4) технологий определения эффективности используемых методов профилактики, реабилитации психологически зависимых лиц;

– разработанных (на основании соответствующих исследований и экспериментов) организационных технологий по формированию системы специализированной помощи лицам с высокими рисками и признаками вовлечения в деятельность деструктивных сект, членам их семей.

Соответственно, речь идет лишь о первом уровне контроля (из 4-х возможных) над указанной социальной эпидемией, когда точные данные о распространенности не известны, а противодействующие усилия по масштабам, организованности и эффективности не соответствуют реальному положению дел.

**Список литературы:**

1. Агишев В.Г., Бондарев Н.В. Социальные и психологические предпосылки вовлечения в нетрадиционные религиозные образования (секты) и причины обращения их последователей за психиатрической помощью // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – № 1. – С. 11-14.
2. Дворкин А.Л. Воинствующая посредственность (Сайентология в России) // Капкан безграничной свободы. Сборник статей о сайентологии, дианетике и Л. Р. Хаббарде. Под ред. А. Л. Дворкина. - М., Издательство Братства Святителя Тихона, 1996.
3. Езерский В. Справочная информация о секте «Новая жизнь» // Православная газета. – Екатеринбург, 1998. – № 16 (90).
4. Елизаров А.Н., Михайлова А. А. Профилактика вовлечения молодежи в деструктивные религиозные организации // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2003. – № 2. – С. 40-46.
5. Закон Республики Казахстан от 15 января 1992 г. «О свободе вероисповедания и религиозных объединениях».
6. Иоффе Г. Неохаризматическая бизнес-модель наркореабилитации на примере организации «Новая жизнь» // Ж. Наркология. – М., 2009. – № 3 (87). – С. 89-91.
7. Ицкович М.М. Психологический анализ собрания секты «Новая жизнь» // Православная газета. – Екатеринбург, 1999. – № 10.
8. Каклюгин Н.В. Специфические особенности методики освобождения от химической зависимости в современных культовых новообразованиях христианского толка на территории Российской Федерации: ресоциализация или индоктринация? Сообщение 1 // Ж. Наркология. – М., 2009. – № 3 (87). – С. 92-104.
9. Каклюгин Н.В. Специфические особенности методики освобождения от химической зависимости в современных культовых новообразованиях христианского толка на территории Российской Федерации: ресоциализация или индоктринация? Сообщение 2 // Ж. Наркология. – М., 2009. – № 4 (88). – С. 79-91.
10. Кондратьев Ф.В., Волков Е.Н. Психиатрические аспекты деятельности тоталитарных сект. – 2001.
11. Морозова О. Сектантство и закон. – 2004. - <http://www.gazeta.kz/art.asp?aid=48596>
12. Первый толковый большой энциклопедический словарь БЭС //СПб-Москва, 2006.

- 
- 
13. Погодин Д.А., Зражевская И.А. Проблема дифференциальной диагностики бредовых расстройств у лиц, вовлеченных в религиозные и оккультные организации // Ж. Психотерапия. – 2007. – № 3. – С. 29.
14. Портнова А.А., Серебровская О.В., Тарасов С.В., Цекин В.П. Психопатологические особенности личности, вовлеченной в деструктивный культ (клиническое наблюдение) // Российский психиатрический журнал. – Москва, 2009. – № 1. – С. 38-43.
15. Постановление Правительства Республики Казахстан от 30 января 2007 г. № 70 «Об утверждении Правил проведения религиоведческой экспертизы».
16. Пронин И.П. Психологические аспекты влияния деструктивных культов на личность // Ж. Вопросы психологии. – 2003. – № 6. – С. 81-93.
17. Пронин И.П. Работа психолога с членами новых религиозных движений // Ж. Вопросы наркологии. – 2004. – № 4. – С. 59-64.
18. Сериков А.Л. О проблеме тоталитарных сект // Ж. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – Томск, 2000. – № 1. – С. 59-60.
19. Сидоров П.И. Психический терроризм – нелетальное оружие массового поражения // Российский психиатрический журнал. – 2005. – № 3. – С. 28-34.
20. Сидоров П.И. Тотальные культуры и зависимое поведение // Ж. наркология. – М., 2004. – № 3. – С. 32-35.
21. Ткаченко А.А., Яковлева Е.Ю. Методологические принципы судебно-экспертной оценки степени тяжести вреда здоровью в виде психического расстройства // Российский психиатрический журнал: Вестник НПА. – 2008. – № 4. – С. 15-19.
22. Тобиас М. Л., Лалич Д. Терапевтические проблемы жертв культов // Ж. практик. Психолога. – 2000. – № 1-2. – С. 104-125.
23. Хассен С. Освобождение от психологического насилия: Деструктивные культуры, контроль сознания, методы помощи. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК; М.: Олма-Пресс, 2001.
24. Щиголев И.И. Проявления психических эпидемий в России на последние два столетия // Ж. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. – 1995. – № 2. – С. 114-120.
25. Щиголев И.И. Психические эпидемии в России и третье тысячелетие // Ж. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 1994. – № 4. – С. 146-150.
26. Prochaska J.O., DiClemente C.C., Norcross J.C. In search of how people change // American psychologist, 1992. – Vol. 47. – p.p. 1102-1114.

УДК 159.923:316.6

## **РАССТРОЙСТВА ПСИХИКИ И ПОВЕДЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С НАРУШЕНИЯМИ АДАПТАЦИИ – КАК СОЦИАЛЬНАЯ ЭПИДЕМИЯ НОВОГО ВРЕМЕНИ (ОПЫТ СИСТЕМНОГО АНАЛИЗА)**

А.Л. Катков

главный региональный эксперт по оценке распространения социальных эпидемий РНПЦ МСПН, д.м.н., проф.

Г.К. Битигова

главный врач Павлодарского областного кожно-венерологического диспансера

К.Ж. Манасов

врач психиатр Павлодарского областного психоневрологического диспансера

Т.Р. Байханова

заведующая диспансерным отделением НД г. Экибастуза

**(1)** В последние десятилетия все большее количество исследователей указывают на тот факт, что наиболее масштабные и сложные социальные проблемы связаны с качественными нарушениями в сфере индивидуального и социального психического здоровья, а не только с явной дезорганизацией психической деятельности, которую можно квалифицировать как психическую болезнь. В данной связи стали интенсивно разрабатываться определения качественных категорий психического здоровья, адресованные к каким-либо сущностным обстоятель-

ствам, их обеспечивающим, и критерии, по которым можно судить о представленности дифференцированных уровней качества психического здоровья среди населения. Так, с начала 50-х годов прошлого столетия вошел в употребление термин «психологическое здоровье», отражающий качественные характеристики психики человека, имеющие непосредственное отношение к вектору социализации, как позитивной, так и негативной (Шапиро Д., 2003).

При отсутствии разработанной методологии и конвенциональных критериев, используемых при оп-

ределении категории психологического здоровья, семантические границы данного термина, приводимые различными авторами, выстраиваются достаточно произвольно. Так, по мнению А. Маслоу (1993), феномен психологического здоровья связан с гармоничной, самоактуализированной личностью. С.Р. Rogers (1951) считал, что психологическое здоровье удовлетворяет критериям полностью функционирующей личности с тремя основными признаками такой самодостаточности: 1) открытость для собственного опыта; 2) жизнь в соответствии с осознанными экзистенциальными принципами и опытом; 3) доверие своему организмическому опыту как основе собственных решений и действий. М. Jahoda (1958) выделяет уже шесть таких критериев: 1) позитивная установка по отношению к собственной личности; 2) духовный рост и самореализация; 3) интегрированная личность; 4) автономия и самодостаточность; 5) адекватность восприятия реальности; 6) компетентность в преодолении требований окружающего мира. J. Brandstdtter (1982) считал, что в характеристиках психологического здоровья следует учитывать два принципиальных основания: концепция оптимального развития индивида и ценностные суждения, основанные на нормативных представлениях о человеческом бытии. Р. Уайт (2003) под психологическим здоровьем понимал направленное, позитивно - самовознаграждающее поведение, удовлетворяющее потребность в контроле над окружающей средой, для которого характерны компетентность, мотивация, активная способность к действиям. Ю.А. Александровский (1996) в качестве основных характеристик психологического здоровья выделял такие, как наличие глубоких нравственных убеждений, готовность в преодолении жизненных испытаний, наличие умения адекватно использовать собственные психологические ресурсы, личная инициатива, позитивный вектор отношения к жизни, пластичность психических процессов. Если во всех вышеупомянутых определениях лишь в той или иной степени отмечается способность противостоять или проявлять компетентность в совладании с требованиями среды, то по С. Мадди (1998), Д.А. Леонтьеву (2002) понятие «жизнестойкость» является стержнем и наиболее адекватной характеристикой феномена психологического здоровья.

Несмотря на активную разработку проблемы психологического здоровья в конце прошлого и в начале нынешнего столетия, в методологических вопросах по определению уровней психологического здоровья и эпидемиологических вопросах по выявлению особенностей распределения данных уровней среди населения, ситуация, по выражению А. Маслоу, напоминала «партизанские вылазки», прокладывающие дорогу будущим масштабным проектам.

В отношении критериев, по которым возможно определение уровней качества индивидуального и

социального психического здоровья, чаще всего называют характеристики феномена адаптации (Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 1993). При этом в отношении приспособительных реакций человека употребляют и более сложные термины: «социально-психологическая адаптация», «социально-психическая адаптация», «психическая адаптация». В сущности, речь идет об одном и том же феномене, под которым понимаются процессы и явления, наблюдаемые на уровне нервно-психической деятельности, возникающие в результате активного решения задач, связанных с проблемными ситуациями. В границах феномена психической адаптации различают состояния адаптированности и дезадаптации (Воробьев В.М., 1993), равновесные и неравновесные состояния (Прохоров А.О., 1996). Считается, что высокому уровню психического здоровья соответствуют сравнительно большие адаптационные возможности человека (Сиренко О.И., 1993). Более дифференцированные классификации уровней адаптации, по мнению С.Б. Семичкова (1982, 1987), С.В. Запускалова, Б.С. Плотникова (1991), В.П. Вахова (1997), дают возможность структурирования уровней социального психического здоровья. Так, названными авторами выделяются два вида (субъективная - внутренняя социальная адаптация и внешняя социальная адаптация) и три уровня адаптации (полная социальная адаптация, неполная социальная адаптация, нарушение социальной адаптации). Комбинации видов и уровней адаптации формируют 5 уровней психического здоровья: уровень стабильного психического здоровья, уровень риска, уровень предболезни, доносологический уровень, уровень болезни. Эпидемиологические исследования, проводимые в Российской Федерации с использованием данной классификации, показали следующее распределение идентифицируемых уровней психического здоровья среди населения: уровень стабильного психического здоровья - 11,3%; уровень риска - 31,6%; уровень предболезни - 34,6%; уровень доносологический - 6,2%; уровень болезни - 16,3% (Запускалова С.В., Положий Б.С., 1991).

(2) Ведущей закономерностью в распространении психических и поведенческих расстройств в последние десятилетия, особенно в последней четверти XX века, является беспрецедентный рост пограничных (непсихотических) форм психических и поведенческих расстройств, возникновение которых напрямую связано с нарушениями адаптации, конфликтами, стрессами, неблагополучным семейным и социальным окружением, физическими заболеваниями (ВОЗ, 2001).

Анализ динамики распространения психических и поведенческих расстройств, в частности - субклинических и пограничных психических расстройств, а также уровней психического и психологического здоровья населения показывает наличие следующих тенденций.

В большинстве стран мира в последней четверти XX века относительно более тяжелыми (психотическими) расстройствами психики и поведения страдает 5-7% населения, в то время как пограничные психические расстройства обнаруживаются у 15-23% населения. Таким образом, общий уровень распространенности психических и поведенческих расстройств составил от 200 до 300 случаев на 1000 населения. В любое время тот или иной уровень психических и поведенческих расстройств наличествует у 10% населения. Около 20% всех больных, которых обследуют работники первичной медико-санитарной помощи, страдают от одного или большего числа психических расстройств. Каждая четвертая семья имеет, обычно, хотя бы одного члена, который страдает поведенческим или психическим расстройством.

В 15 экономически наиболее развитых странах, при растущей выявляемости психической патологии, в период с 1900 по 1995 г.г. средневзвешенный среднегодовой показатель распространенности всех психических болезней увеличился в 10 раз: с 30,4 до 303,7 на 1000 населения. По отдельным нозологическим профилям динамика данного показателя выглядит следующим образом: психозы - с 7,4 до 28,3 (рост в 3,8 раза); олигофрении - с 0,9 до 27,0 (рост в 30 раз); пограничные расстройства - с 9,6 до 205,3 (рост в 21,4 раза), из них неврозов и других невротических расстройств - с 2,4 до 148,1 (рост в 61,7 раза).

Собранный и проанализированный материал более 5 тысяч выборочных эпидемиологических исследований, проведенных в 125 странах за период 1950-1993 гг., показывает, что за эти годы показатель распространенности психических расстройств вырос почти в 2,5 раза: с 116,7 до 284,0 случаев на 1000 населения. Из них по профилю пограничных психических расстройств - с 69,7 до 230,9, что составляет более 80% объема в общей структуре распространенности психических расстройств.

На территории бывшего союза, по данным выборочных эпидемиологических исследований, проводимых за период 1930-1991 гг., показатель распространенности всех форм психических и поведенческих расстройств увеличился с 37,3 до 298,4 - в 8 раз (Петраков Б.Д., 1995).

Об уровне распространения депрессивных расстройств и реакций свидетельствуют факты того, что ежегодно в мире один миллион человек заканчивает жизнь самоубийством. Еще около 20 миллионов совершают суицидальные попытки (данные 1-го национального конгресса «Психическое здоровье и безопасность в обществе»).

Между тем, приведенные факты базируются, в основном, на официальной статистике распространенности основных классов психических расстройств. Эпидемиологические исследования, проводимые среди сотрудников крупных промышлен-

ных предприятий Российской Федерации, показали, что у 54,3% обнаруживаются психические отклонения пограничного уровня; у 28% - соматизированные психические расстройства (Гиндинин В.Я., 1996).

По данным комплексного эпидемиологического исследования, проводимого среди населения Республики Казахстан с возрастом 12-55 лет в 2003 г., было выявлено, что распространенность субклинических форм психических и поведенческих расстройств в данной возрастной группе населения составляет 11,24%, что в 5,62 раза превышает официальный статистический показатель аналогичного порядка. При этом наибольшая разница между данными официальной статистики и результатами эпидемиологического исследования прослеживалась по профилю аффективных расстройств - в 85,6 раза; невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств - в 19,3 раза; расстройств личности и поведения - в 17,7. Кроме того было установлено, что уровень распространения признаков, свидетельствующих о нарушении социальной адаптации среди исследуемой группы населения, составляет 12,5% (Катков А.Л., Джарбусынова Б.Б., 2006).

**(3)** Оценивая величину экономического и социального ущерба, привносимого проблемами, связанными с низким уровнем психического здоровья, Всемирный Банк и Гарвардский университет считают, что в настоящее время имеет место «необъявленный кризис» психического здоровья. Притом, что этот кризис оказывает влияние на существующую часть населения планеты (Всемирный день психического здоровья, 2000).

Согласно проведенным экономическим исследованиям, определяющим показатели глобального бремени болезней в единицах DALI, на долю психических расстройств в 1990 г. приходилось 10% от экономических потерь, несомых обществом. В 2000 г. этот показатель равнялся 12,1%. К 2020 году предполагается рост данного показателя до 15% (ВОЗ, 2001).

**(4)** Наличие растущего и уже далеко не маргинального слоя населения с тяжелыми (от 5 до 7%) и пограничными (21-25%) расстройствами психики и поведения – это не только огромные экономические затраты, замедление темпов социального развития, снижение качества жизни существенной части населения. Это еще и необходимая база для распространения одного из самых масштабных и опасных феноменов последнего столетия – социальных эпидемий химической (наркомания, алкоголизм, токсикомания) и психологической (вовлечение в деструктивные культуры и секты, экстремистские организации, игромании) зависимостей.

Для индивида с признаками синдрома деморализации, которые обычно сопутствуют адаптационным расстройствам, характерно поисковое поведение в сторону удовлетворения осознаваемого, либо

неосознаваемого ресурсного запроса. Весьма часто (особенно в условиях дефицита эффективной первичной психотерапевтической и консультативно-психологической помощи, а также высокой активности сетевых структур по распространению запрещенных психоактивных веществ и жестких манипулятивных технологий, связанных с изменением сознания) такой поиск заканчивается первыми проблемами наркотиков, приобщением к соответствующему идеологическому допингу, вовлечением в химическую и психологическую зависимость.

Нашиими исследованиями (Катков А., 1998) убедительно показано соответствие основной формы реагирования на агрессивное воздействие среды дифференцированным уровням индивидуального и социального психологического здоровья. Индивиды и группы с высоким уровнем психологического здоровья на кратковременные стрессы, как правило, отвечают реакциями психофизиологической мобилизации, при которой все группы ресурсов – биологических, психологических, креативно-пластических – актуализируются на эффективное противостояние и преодоление возникших проблем. Индивиды и группы с низким уровнем психологического здоровья на эти же стрессоры реагируют нецеленаправленной агрессией (иногда – аутоагressией), реакциями страха, тревоги, отчаяния, формированием деструктивных психологических защит, с отсутствием каких-либо перспектив в решении возникающих проблемных ситуаций.

Последняя форма реагирования на агрессивную информацию активно используется экстремистами и кибертеррористами для достижения своих основных целей по расшатыванию или низложению существующего социального порядка.

**(5)** Среди основных причин распространения психических и поведенческих расстройств выделяют:

- эндогенные (хромосомные, наследственные, с наследованным предрасположением или многофакторные);
- экзогенные (обусловленные внешними биологическими факторами);
- психогенные (основной этиологический фактор – конфликт личности с неприемлемой для нее ситуацией, которая обозначается как психотравмирующая);
- соматогенные (обусловленные соматическими заболеваниями) (Александровский Ю.А., 2009).

По крайней мере, три из перечисленных основных причин (1, 2 и 4) связывают с резким повышением агрессивности биологической среды и деградацией естественных саногенных механизмов, тысячелетиями поддерживавших потенциал индивидуального и социального здоровья.

Первопричину такой ситуации многие исследователи видят в техногенной деятельности человека. По мнению Клауса Шваба, основателя Давосского

экономического форума, мы никогда не поймем сути тех мощных деструктивных процессов (которые обозначаются как глобальные кризисы и которые сотрясают в последние годы не только экономику, но и общество в целом), если не примем того факта, что человечество живет в глубоко мутированном, качественно измененном мире. И основной мутагенный фактор – человек с его проектами переустройства информационного, биологического и физического пространства.

Такие общеизвестные и общепризнанные характеристики социального развития, как «цивилизация», «технический прогресс», связанные с достижением социальных целей человечества, как правило, антиэкологичны (Bateson G., 1972). Самый со-крушаительный удар по естественным экосистемам был нанесен в XX веке. В результате хозяйственной деятельности человека были разрушены или серьезно деформированы такие важнейшие экологические системы планеты, как лесные, тропические, степные, лесо-тундровые (Данилов-Данельян В., Лосев К., Рейф И., 2005).

Среди причин, формирующих экологические угрозы и катастрофы, наиболее часто называются: неконтролируемый рост численности населения и сопутствующий неконтролируемый рост потребления; техногенная деятельность человека с невосполнимой амортизацией природных ресурсов; дефицит экологических (рециклирующих, рекультивирующих, безотходных и утилизирующих) технологий; дефицит глобальных экологических и геополитических стратегий; бедность и отсутствие средств на воспроизведение биоресурсов в сельском хозяйстве; дефицит экологического сознания и сопутствующей мотивации у политических и бизнес-элит (обзор деятельности по охране окружающей среды, 1999; экология и нарушение прав человека, 2002).

Некоторыми исследователяами в качестве основного фактора, ведущего к глобальной экологической катастрофе, называется «вопиющая экологическая ущербность» современной экономической модели. В данной модели вообще не присутствует адекватный учет экологического ущерба и издержек. Не учитывается или намеренно занижается стоимостная оценка природы, ее глобальных экосистемных функций. Для таких мировых экономических моделей характерна технократическая ориентация, неэффективность и узость рыночных механизмов, экологическое и правовое невежество, милитаризация сознания, человеческая жадность, халатность и цинизм (Земцова Л.В., 2002; Шуленина Н.В., 2003).

Подчеркивается, что негативные экологические тенденции существенно сказываются на социально-экономическом благополучии, политической стабильности целых регионов, увеличивают нищету и обостряют обстановку в странах, находящихся на грани гуманитарной катастрофы. Загрязнение среды ведет к исчезновению биологического разно-

образия и ресурса устойчивости, к существенному снижению качества здоровья населения (Шуленина Н.В., 2003). Ведущими западными аналитиками в числе основных угроз безопасности для жителей стран постсоветского пространства называются следующие экологические факторы и их последствия: 1) деградация окружающей среды; 2) технические катастрофы и аварии; 3) один из самых высоких в мире уровней смертности от заболеваний, связанных с экологическими и социальными стрессами (Синдром утомления планеты, 2004).

Но, кроме того, цивилизация и технический прогресс за счет использования современных медицинских технологий нанесли удар по биологическому стержню адаптивной регуляции человека – механизму естественного отбора. В то время как новые, эффективные способы формирования индивидуального и социального здоровья, полностью компенсирующие утрату естественных саногенных механизмов, еще не найдены. В результате – генетическое качество популяции стремительно ухудшается.

Третью причину распространения психических и поведенческих расстройств – психогенные факторы – связывают с резким повышением агрессивности информационной и социальной среды.

Достаточно «умеренная» книжная информационная цивилизация, доминирующая до середины прошлого века (Бездылько А.В., 2004), уступила место гораздо более массовым и актуальным способам подачи информации. Картина мира современного человека, в основном, стали формировать кинематограф, телевидение, интернет (Хренов Н.А., 2003; Marliere Ph., 1998). Причем содержание информационных программ, особенно новостных, рекламных, для которых главный проводник интернет и телевидение, многими исследователями оценивается как агрессивное и деструктивное (Каримова Л.И., 2003; Науменко Т.В., 2003; Дорожкина Р.А., 2004). О прямом негативном влиянии средств массовой информации на психическое здоровье населения, информационной продукции (компьютерных игр и др.) на психическое и психологическое здоровье детей и подростков, сообщают Ю.И. Полищук (2003), В.А. Шилова (2004), И.В. Кузина (2004). Сверхинтенсивная вовлеченность представителей восходящего поколения – детей, подростков, молодежи – в деятельность всемирной информационной сети порождает новый тип своеобразной психологической зависимости (так называемая интернет-зависимость) с очевидными деструктивными последствиями для формирующейся психики (Асмолов А.Г., Цветкова Н.А., Цветков А.В., 2004; Елшанский С.П., 2005; Райхман И.И., 2007; Мухаметзянова М.Р., Менделевич В.Д., 2009).

В последние десятилетия и годы все чаще сообщается о деструктивном влиянии на общий уклад и качество жизни современного человека такого явления, как массовая культура – продукта деятельно-

сти СМИ. При этом подчеркивается, что средства массовой информации, фокусируясь на деструктивных событиях – насилии, разрушениях, локальных или глобальных катастрофах, создают ложную, стрессирующую реальность, виртуальный трагический мир, насыщенный опасностью, угрозой, агрессией (Безносюк Е.В., Князева М.Л., 2003).

Глобальные изменения в коммуникационных системах имеют не только предсказуемо-позитивный, но и негативный вектор воздействия на устоявшуюся социальную среду во многих регионах мира.

Наряду с ускорением темпов технологического прогресса, отмечаемого практически повсеместно в связи с распространением такого эпохального явления, как глобализация, многими исследователями констатируется сопутствующее нарастание социальных противоречий и, как следствие, повышение агрессивности социальной среды. Высказываются мнения о том, что на деле процесс глобализации обостряет противоречия между экономическими и демократическими детерминантами развития социума. Глобальная экономика фактически лишает многих граждан возможности трудиться и реализовать иные гражданские права (Amin S., 2000). Глобализацию оценивают как экспансию европоцентризма в экономику и политику менее развитых стран (Pieterse J.N., 2000). В данной связи все чаще поднимается тема столкновения цивилизаций (Tiryakian E.A., 2001; Mazlish Br., 2001; Schäfer W., 2001). Цивилизационные «войны» характеризуются различными типами экспансий, разрушающими национальные и культурные уклады народов: экономическими, политическими, идеологическими, гуманитарными (миграция) информационными. К наиболее опасным типам экспансий относят: террористические, экстремистские, криминально-наркотические (Toulmin S., 1999).

Отрицательные последствия глобализации и функционирования в режиме открытого или полуоткрытого общества в полной мере коснулись постсоветских государств. Интеграция последних в глобальную систему обернулась резким обострением социальных противоречий вследствие криминального и номенклатурного передела собственности, проявлений экономического монополизма и доминирования рецидивов идеологического тоталитаризма – националистических и этнических идеологий как средств поддержания порядка в ситуации социально-экономической турбулентности (Орлов А.Б., 2003; Шуленина Н.В., 2003).

Ведущими западными аналитиками, в числе прочих, называются следующие основные угрозы безопасности личности и гражданского общества в странах СНГ: 1) бедность, социальное расслоение и общий низкий уровень жизни, создающий возможность социальной и культурной деградации; 2) высокий уровень насилия в обществе, связанный с резкими общественными изменениями; 3) высокий уровень преступности, «неестественной» (отравле-

ния, травмы и несчастные случаи) и насилиственной смерти (The National Security Strategy of the United States of America, 2002; A Secure Europe in a Better World: European Security Strategy, 2003). Российские исследователи, в числе основных, называют следующие причины роста социальной напряженности: 1) потеря социальной уверенности в связи с низким уровнем жизни и негарантируемостью социальной помощи в чрезвычайных ситуациях; 2) отсутствие личной безопасности в связи с нарастающей криминализацией общества; дискриминация по половому, национальному (на бытовом уровне) и возрастному признакам; 4) проблема беженцев и мигрантов; 5) возрастающая безработица; 6) потеря стабильности, нарастание количественных изменений в единицу времени в основных экзистенциально важных сферах; 7) гиперстимуляция на информационном уровне, необходимость принятия большого количества жизненно важных решений в сравнительно короткое время.

Влияние всех вышеназванных факторов, во-первых, приводит к состоянию эмоционального напряжения, дистресса и распространению в популяции психических нарушений - отклоняющегося поведения, личностных расстройств, нарушения адаптации, посттравматических стрессовых расстройств (Короленко Ц.П., Загоруйко Е.Н., 2002). А во-вторых, формирует особый психологический тип постоянно стрессированного человека, обладающего таким сочетанием качеств, как незащищенность перед агрессивным миром и неустойчивость перед воздействием меняющихся факторов среды. С одной стороны, у него исчерпан потенциал сочувствия, то есть он totally безразличен к страданиям других. С другой - он тревожен, мнителен, наполнен своими собственными страхами и агрессией. Таким человеком можно легко управлять и манипулировать с использованием тех же стрессоров, которые и формируют данный психологический тип (Безносюк Е.В., Князева М.Л., 2002).

**(6)** В силу всего вышесказанного проблемы технического и психологического здоровья и профилактика психических болезней в XXI веке будут в центре внимания общественности (Rafferty F.T., 1988).

Главный вопрос, который сейчас встает перед учеными и практиками всего мира: что такое служба психического здоровья и кем она должна быть представлена (Сарториус Н., 1998). Такой вопрос более чем правомерен в ситуации, когда доминирующие установки психиатрического сообщества и существующая практика оказания психиатрической помощи сводятся к выявлению и лечению тяжелых психически больных (Gellner E., 1987). Между тем совершенно очевидно, что большая часть лиц с субклиническими, пограничными формами психических и поведенческих расстройств и признаками нарушения адаптации вообще не получает какой-либо

помощи, в том числе адекватной психотерапевтической и консультативно-психологической помощи, в которой данные лица нуждаются более всего. Т.е. страдает, в первую очередь, процесс выявления категории лиц с расстройствами адаптации, проявляющихся в виде синдрома деморализации. Далее следует признать очевидный дефицит звеньев первичной психотерапевтической и консультативно-психологической помощи для данной категории пациентов.

Специально следует отметить тот факт, что нормативное обеспечение процесса оказания профессиональной помощи лицам с психическими и поведенческими расстройствами в бывших союзных республиках выстроено, с учетом прошлых злоупотреблений, таким образом, чтобы в первую очередь защитить права граждан и оградить их от какого-либо нежелательного профессионального вмешательства.

Рассматриваемая сфера специализированных услуг является наиболее стигматизированной в обществе, где сами термины «психиатрия», «психотерапия» воспринимаются с оттенком страха и ущербности. Последний фактор является серьезным дополнительным препятствием к получению адекватной профессиональной помощи.

Что касается психогигиенических и психопрофилактических мероприятий, то они, в большей степени, сводятся к общим рекомендациям уменьшения агрессивности среды, правильного семейного воспитания и раннего формирования навыков здорового образа жизни.

**(7)** Общая оценка эффективности усилий, противодействующих распространению психических и поведенческих расстройств, связанных с нарушением адаптации, и реализуемых в Республике Казахстан и бывших союзных республиках, складывается из признания фактов

наличия:

- национальных программ в сфере психического здоровья населения;
- законодательной и другой нормативной базы (ведомственные и межведомственные приказы, положения, инструкции, отдельные группы профессиональных стандартов), регулирующей профессиональную деятельность в сфере обеспечения индивидуального и социального психического здоровья;
- свободного доступа к информации психогигиенического и психопрофилактического характера;
- свободного доступа к государственной системе психиатрической помощи;

дефицита:

- эффективной первичной психотерапевтической помощи лицам с проявлениями синдрома деморализации (по Дж.Д. Франку) в рамках имеющихся адаптационных расстройств;
- эффективной первичной консультативно-психологической помощи, оказываемой тому же контингенту лиц;

- институтов профессиональной психотерапии и консультирования, противодействующих стигматизации и развивающих наиболее востребованные виды профессиональной помощи;
- отсутствия:
  - научно-обоснованных концепций преодоления дефицита естественных саногенных механизмов, формирования приемлемых уровней психического и психологического здоровья;
  - доказательно эффективных методов и стратегий первичной профилактики распространения адаптационных расстройств с проявлениями синдрома деморализации;
  - организационных моделей и соответствующих нормативных положений, обеспечивающих

масштабную институализацию разрабатываемых технологий и методов в сфере обеспечения высоких уровней психологического здоровья населения;

- национальных программ мониторинга психического и психологического здоровья, определяющих, в частности, степень эффективности мероприятий по обеспечению высоких уровней психологического и психологического здоровья населения.

Таким образом, в данном случае речь идет о достижении лишь второго уровня контроля, когда масштабы и темпы распространения рассматриваемой социальной эпидемии, в основном, известны, но противодействующие меры недостаточны для эффективного блокирования и разворота ситуации в нужном направлении.

#### **Список литературы:**

1. Александровский Ю.А. *Пограничная психиатрия и современные проблемы*. Ростов-на-Дону, 1996.
2. Асмолов А.Г., Цветкова Н.А., Цветков А.В. *Психологическая модель Интернет-зависимости личности* // Ж. Мир психологии. – 2004. – № 1. – С. 179-193.
3. Бездидько А. В. *Системная целостность Человек – Книга как составляющая социально-психологической идентификации индивида в условиях книжной цивилизации* // Ж. Мир психологии. – 2004. - № 2. – С. 87-93.
4. Безносюк Е.В., Князева М.Л. *Психологический анализ и психопатологические феномены современной культуры* // Российский психиатрический журнал. – 2003. - № 5. – С. 4-10.
5. Безносюк Е.В., Князева М. Л. *Социально-психологические и патопсихологические феномены современной культуры* // Независимый психиатрический журнал: Вестник НПА. - 2002. - № 4.
6. Вахов В.П. Уточнение понятий психической адаптации и дезадаптации в условиях регулярной активной психопрофилактики // Российский психиатрический журнал, 1997. - № 1. - С. 32-35.
7. ВОЗ Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2001. *Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. Общий обзор*.
8. Воробьев В.М. *Психическая адаптация как проблема медицинской психологии и психиатрии* // Обоз. психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева, 1993. - № 2. - С. 33-39.
9. Всемирный день психического здоровья // Независимый психиатрический журнал. – М. - № 4, 1998. – С. 83.
10. Гиндикян В.Я., Опаров Т.З., Гомахидзе Ш.В. *Соматизированные психические расстройства по материалам диспансеризации сотрудников крупного промышленного предприятия* // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С.Корсакова, 1996. - Т. 96. - № 6. - С. 54-58.
11. Данилов-Данильян В., Лосев К., Рейф И. *Перед главным вызовом цивилизации*. – М.: ИНФРА-М, 2005.- 224 с.
12. Дорожкина Р.А. *Роль современной журналистики в социальной безопасности общества* // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2004. - № 4. – С. 71-79.
13. Еланский С.П. *Проблема социокультурной детерминации психической патологии: патологическая зависимость от нехимических агентов* // Ж. Вопросы наркологии. – 2005. – № 2. – С. 59-62.
14. Запускалов С.В., Плотников Б.С. *Новые подходы к динамической оценке психического здоровья* // Обоз. психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева, 1991. - № 2. - С. 20-25.
15. Земцова Л.В. *Экологические инновации и устойчивое развитие* // Проблемы устойчивого развития: иллюзии, реальность, прогноз: Материалы 6-го Всерос. постоянно действующего науч. семинара «Самоорганизация устойчивых целостностей в природе и обществе», Томск, 13-15 нояб. 2002 г. - Томск, 2002.
16. Каримова Л.И. *Этнокультурные особенности восприятия рекламы* // Ж. Вопросы психологии. – 2003. - № 6. – С. 52-55.
17. Катков А.Л. *Метамодель социальной психотерапии* // Восточно-Европейский институт психоанализа. – СПБ, 2004. – С. 238-248.
18. Катков А.Л. *Обоснование сквозной модели лечения, реабилитации и профилактики распространения наркозависимости в Республике Казахстан* // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2001. – Т. I, № 2. – С. 9-12.
19. Катков А.Л. *Основные направления научных исследований по наркологии в Республике Казахстан (2003-2005 г.г.)* // *Психическое здоровье населения Сибири: региональные проблемы, перспективы и пути решения / Сборник материалов межрегиональной научно-практической конференции (Барнаул, 21-23 мая 2003 г.).* – Томск, 2003. – С. 117-119.

- 
- 
20. Катков А.Л. Социальные эпидемии и новые профилактические подходы // Сб. статей и тезисов международной научно-практической конференции «Антинаркотическая политика и медико-социальные последствия потребления наркотиков: новые концепции – новые стратегии». – Павлодар, 2007. – С. 172-235.
21. Катков А.Л., Джарбусынова Б.Б. Психическое здоровье населения Республики Казахстан (по материалам комплексного исследования 2003 года). – Павлодар, 2006. – 409 с.
22. Короленко Ц.П., Загоруйко Е.Н. Психическое здоровье в современной России // Ж. Наркология. – М., 2002. – № 9. – С. 10-15.
23. Кузина И.В. Средства массовой информации и юношество // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2004. – № 3. – С. 76-81.
24. Маслов А. Мотивация и личность. – СПб.: Питер, 2003.
25. Мухаметзянова М.Р., Менделевич В.Д. Сравнительные особенности прогностической деятельности и способности к самоуправлению лиц с наркотической и Интернет-зависимостями // Ж. Психическое здоровье. – М., 2009. – № 4 (35). – С. 31-34.
26. Науменко Т.В. Психологические методы воздействия на массовую аудиторию // Ж. Вопросы психологии. – 2003. - № 6. – С. 63-71.
27. Обзор деятельности по охране окружающей среды, 1999.
28. Орлов А. Б. Открытое общество: взгляд психолога (открытое письмо Дж. Соросу) // Ж. Вопросы психологии. – 2003. – № 3. – С. 154-158.
29. Петраков Б.Д. Основные закономерности распространения психических заболеваний в современном мире и в Российской Федерации // XII съезд психиатров России (материалы съезда). - М., 1995. - С. 98-99.
30. Полищук Ю.И. О негативном влиянии средств массовой информации на психическое здоровье // Независимый психиатрический журнал: Вестник НПА. - 2003. - № 1. – С. 62-65.
31. Прохоров А.О. Неравновесные психические состояния и их характеристики в учебной и педагогической деятельности // Вопросы психологии, 1996. - № 4. - С. 32-43.
32. Райхман И.И. Психологические особенности игровой активности в Интернете: позитивные и негативные факторы влияния // Ж. Наркология. – М., 2007. – № 11. – С. 42-48.
33. Сарториус Н. Современные тенденции в развитии психиатрической службы в разных странах мира // Российский психиатрический журнал. - № 4, 1998. – С. 4-7.
34. Семичев С.Б. Концепция предболезни в клинической психиатрии: Автoref. дис. ... докт. мед. наук. - Л., 1982, 68 с.
35. Семичев С.Б. Предболезненные психические расстройства. - Л.: Медицина, 1987, 184 с.
36. Синдром утомления планеты. – 2004. – <http://freeway.com.ua/news1327.html>
37. Сиренко О.И., Терентьева А.В., Рожнов А.А., Стекачев К.Д., Лучкова М.Б. Уровень нервно-психического развития детей младшего возраста и возможность их адаптации в организованном коллективе // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С.Корсакова, 1993. - Т. 93. - № 5. - С. 64-65.
38. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Преодоление эмоционального стресса подростками. Модель исследования // Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В.М.Бехтерева, 1993. - № 1. - С. 53-60.
39. Хренов Н.А. Кинематографическая картина мира как способ институционализации психологического потенциала личности // Ж. Мир психологии. – 2003. - № 4 (36). – С. 231-247.
40. Шапиро-мл. Д. Психологическое здоровье / Психологическая энциклопедия, 2-ое издание под ред. Р.Корсини и А.Ауэрбаха. – Питер, 2003. – С. 674-676.
41. Шилова В.А. Современная информационная среда и современные дети: социальная диагностика // Ж. Мир психологии. – 2004. - № 1. – С. 193-200.
42. Шуленина Н.В. Экологическая политика современной России: от императивов к аргументам // Вестник РУДН. - Серия: Политология. - 2003. - № 4.
43. Экология и нарушение прав человека, 2002.
44. A Secure Europe in a Better World: European Security Strategy. Paris, The EU Institute for Security Studies, 2003.
45. Amin S. Economic globalism and political universalism: conflicting issues? // J. of World-System Research. – N.Y., 2000. – Vol. VI, N 3. – P. 581-622.
46. Bateson G. Steps toward an ecology of mind. – New York: Ballantine Books, 1972, 331 p.
47. Brandstötter J. Kern und Leitbegriffe psychologischer Prävention // Psychologische Prävention. – Bern: Huber, 1982. – S. 217-307.
48. Gellner E. Psychiatry and salvation: Discussion paper // J. Roy. Soc. Med. – 1987. – Vol. 80, № 12. - P. 759-761.
49. Jahoda M. Current concepts of positive mental health. – New York, 1958 // Basic Books, 321 p.
50. Marliere Ph. The Rules of the Journalistic Field: Pierre Bourdieu's Contribution to the Sociology of the Media // European Journal of Communication. – L., 1998. – Vol. 13, N 2. – P. 219-234.
- 
-

- 
- 
51. Mazlish Br. Civilization in a historical and global perspective // Intern. sociology. – L. etc., 2001. – Vol. 16, N 3. – P. 293-300.
52. Pieterse J.N. Globalization and human integration: we are all migrants // Futures. – N.Y., 2000. – Vol. 32, N 8. – P. 385-398.
53. Rafferty F. T. Resolved: Child. And a dolescent psychiatric practice in the twenty- first centry will largely be hospital based // J. Amer. Acad. Child. Adolescent Psychiatr. - 1988. – Vol. 27, № 6. - P. 815-818.
54. Rogers C.R. Client-centered therapy. – Boston: Houghton Mifflin, 1951.
55. Schöfer W. Global civilization and local cultures // Intern. sociology. – L. etc., 2001. – Vol. 16, N 3. – P. 301-319.
56. The National Security Strategy of the United States of America, 2002 (<http://www.whitehouse.gov/nsc/nss.html>).
57. Tiryakian E. A. Introduction: The civilization of modernities and the modernity of civilizations // Intern. sociology. – L. etc., 2001. – Vol. 16, N 3. – P. 277-292.
58. Toulmin S. The ambiguities of globalization. - // Futures. – N.Y. 1999. – Vol. 31. P. 905-912.

УДК 159.923:316.6

## ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ПРИСТРАСТИЕ К АЗАРТНЫМ ИГРАМ (ИГРОМАНИЯ), ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬ – СОЦИАЛЬНАЯ ЭПИДЕМИЯ НОВОГО ВРЕМЕНИ

А.Л. Катков

главный региональный эксперт по оценке распространения социальных эпидемий РНПЦ МСПН, д.м.н., проф.

Т.В. Пак

заместитель директора по научно-исследовательской работе Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем наркомании, к.м.н.

А.З. Нурагизина

руководитель отдела менеджмента научных исследований РНПЦ МСПН, к.м.н.

Т.Р. Байханова

заведующая диспансерным отделением НД г. Экибастуза

**(1)** Определение: патологическое влечение (пристрастие) к азартным играм – сложное, хронически протекающее психическое расстройство, характеризующееся повторяющимися эпизодами влечения к азартным играм.

Главным признаком патологического пристрастия к азартным играм признают хроническую прогрессирующую неспособность сопротивляться импульсу игры, поведению игрока, что ставит под угрозу, нарушает и разрушает личное, семейное и профессиональное положение (DSM-IV-R).

Сами по себе азартные игры, в тех или иных формах, распространенные, социально приемлемые и легальные занятия в большинстве культур и стран мира. Внутренней психологической сущностью азартной игры является постепенно нарастающее психическое напряжение (и следующая за ней разрядка) от осознания риска потери имеющейся ценности в сочетании с надеждой выиграть нечто более ценное при неопределенном исходе развития событий.

Для большинства людей участие в тех или иных видах азартных игр – развлечение без вредных последствий. И в этом смысле игра – это противоположность работе или выполнению других социально необходимых и важных действий.

Однако у другой категории лиц степень вовлеченности в игру неумолимо прогрессирует и постепенно разрушает социально приемлемое функционирование. В этом случае можно говорить о формировании патологического пристрастия к азартным играм (общеупотребляемые синонимы данного термина – игромания, игровая зависимость, патологический гэмблинг).

Патологическое влечение к азартным играм уже более 20 лет официально признанная патология, внесенная как в МКБ-10 (шифр F63.0), так и в классификацию Американской ассоциации психиатров DSM-IV-R. Согласно последней, диагноз зависимости от азартных игр можно установить при наличии хотя бы 5 из нижеобозначенных симптомов:

1. Отведения слишком большого времени азартным играм.
2. Потребность увеличивать денежные ставки или чаще играть, стремясь достичь желаемого удовлетворения.
3. Бывшие в прошлом неудачные попытки контролировать, уменьшить или полностью прекратить стремление играть в азартные игры.
4. Тревога и раздражение, проявляющиеся при попытках уменьшить или полностью прекратить играть в азартные игры.

- 
- 
5. Азартные игры используются как возможность убежать от проблем или улучшить дисфорическое настроение.
  6. Возвращение после проигрыша на следующий день, чтобы отыграть (вернуть) проигранные деньги («охота за проигранными деньгами»).
  7. Обман членов семьи или окружающих с целью утаить истинную степень погружения в азартные игры.
  8. Нарушение закона в стремлении получить деньги на азартные игры.
  9. Риск потерять (или уже потеряны) друзей, работу, образовательные возможности или возможности карьеры из-за сильного влечения к азартным играм.
  10. Взваливание или перекладывание на других ответственности за финансовые проблемы, спровоцированные азартными играми (DSM-IV-TR, 2000).

Из азартных игр, вызывающих зависимость, на территории бывших советских республик наиболее распространены: игровые автоматы, азартные игры в интернете, карточные игры, рулетка, лотерея (Автономов Д.А., 2010). Здесь следует пояснить, что азартные игры в интернете в данном списке не ассоциируются с собственно интернет-зависимостью, которая по многим, очень важным характеристикам, претендует на отдельный вид психологической зависимости. Речь в большей степени идет об облегченном доступе к азартным играм за счет возможностей интернета.

Формирование игровой зависимости предусматривает следующие стадии (по Custer R.L., 1982):

– *подготовительная стадия*, на которой формируются черты восприимчивости к «вирусу» влечения к азартным играм (низкая самооценка, нетерпимость к отказам и неодобрению; импульсивность, высокий уровень тревожности или глубокая депрессия; нетерпимость к разочарованиям и потребность в немедленном удовлетворении; ощущение всемогущества и склонность к магическому мышлению; активность, жажда деятельности, возбуждение, стимуляция, склонность к рискам). Лица с описанными качествами растут в обстановке родительского невнимания, отвержения или без родителей, а также в условиях, где превозносятся деньги и материальные ценности;

– *стадия выигрыша* (постепенное вовлечение в процесс игры с ощущением веры в успех, который подтверждается частыми выигрышами, в том числе и очень крупными; необыкновенная уверенность в собственной значимости и всемогуществе; поглощение игрой);

– *стадия проигрышей* (полное погружение в игру; вовлечение в циклический процесс играть – проиграть – занять – скрыться с увеличением скорости прохождения циклов; постоянная ложь; забвение социальных обязанностей; изменения лично-

сти с нарастанием раздражительности, утомляемости, необщительности; отчаянные попытки прекратить играть);

– *стадия разочарования-отчаяния* (разводы, аресты, чувство безысходности, эмоциональные срывы, суицидальные мысли и попытки, прекращение контактов с близкими, уход в себя, злоупотребление алкоголем, личное время полностью структурировано игрой с неадекватным увеличением ставок и отчаянной надеждой «наконец-то отыграться»);

– *стадия безнадежности* (добавочная стадия, введенная R.J. Rosenthal, при которой игроки теряют всякую надежду на выигрыш, однако продолжают играть ради самой игры, бесцельно, до изнеможения).

Другой клинически ориентированный вариант этапности процесса вовлечения в зависимость от азартных игр разработан сотрудниками ГНЦ ССП им. В.П. Сербского (Кекелидзе З.И., Шемчук Н.В., 2008) и предусматривает наличие следующих стадий: 1) доклиническая, когда нет четких психопатологических симптомов, имеющиеся нарушения психической деятельности носят стертый характер, возможно самостоятельное разрешение ситуации с последующим выздоровлением; 2) первая стадия клинических изменений, с формированием психической зависимости от игры, навязчивых мыслей, импульсивного поискового поведения, эквивалентов физической зависимости; 3) вторая стадия клинической зависимости с четко выраженным обсессивно-компульсивными расстройствами, изменением толерантности, утратой контроля, снижением критики, выраженными аффективными реакциями, связанными с игровым поведением; 4) стадия структурных изменений личности, когда на общем фоне эмоционального уплощения грубые и яркие аффективные реакции наблюдаются только по отношению к игровой деятельности, навязчивости приобретают характер психических автоматизмов; толерантность снижается; волевой компонент в значительной степени утрачивается; мышление теряет индивидуальность и приобретает характер магического; круг личностных и социальных интересов существенно снижается.

Общее время прохождения данного цикла обычно составляет от 1,5 до 3-х лет, но может затягиваться и до 10 лет.

Описаны также и стадии выздоровления от игровой зависимости (Custer R.L., 1984), которые включают:

– *стадию кризиса* (выражены абstinентные проявления, отмечается их постепенная редукция, нормализация сна и физиологических функций);

– *стадию восстановления* (возобновляются отношения со значимыми людьми, восстанавливаются социальные функции, решаются накопленные проблемы, появляются адекватные эмоциональные реакции);

– *стадию роста* (отмечается устойчивое снижение интереса к игре, появляется реалистическая оценка ситуации, поведение направлено к достижению обновленных социальных целей).

Достаточно полно исследован так называемый игровой цикл, описывающий психологические и клинико-психопатологические механизмы «игрового срыва», или рецидива зависимого поведения. При этом на фоне относительного благополучия (достигнутого иногда дорогой ценой) отмечаются: учащение мыслей об игре и усиление игровых фантазий; увеличение уверенности в возможности обрести контроль за временем игры («сыграть одну - две партии и остановиться»); появление уверенности в приближении «светлой полосы», «разворота фортуны» и т.д.; возникновение эмоционального напряжения, которое может сочетаться с тревогой или субдепрессией; появление непреодолимого желания играть; развитие состояния измененного сознания, близкого к трансу, когда желание играть реализуется автоматически, без сопротивления; состояние дистресса, следующего сразу за игрой, с идеями вины, самобичеванием, раскаянием, иногда тяжелыми тревожно-депрессивными реакциями; развитие субдепрессивных расстройств с преобладанием вялости, апатии (Даренский И.Ю., Акопян В.С., 2006; Малыгин В.Л., Цыганков В.Д., 2006).

Следует отметить, что клинико-психопатологический акцент в изучении проблемы зависимости от азартных игр дает возможность идентификации дифференцированных мишеней для эффективного медико-биологического и комплексного реабилитационного воздействия (Темчук Н.В., Агаларзаде Г.Г., Юсупова П.А., 2008). Так, например, Т.Н. Дудко, М.А. Мягкой, Л.Ф. Панченко и др. (2006) были исследованы и описаны стержневые синдромы игровой зависимости и их основные компоненты. В качестве базисных синдромов были идентифицированы:

- *синдром зависимости* (главные компоненты: патологическое влечение; абстинентный синдром; синдром игрового транса; синдром выигрыша; синдром проигрыша);
- *синдром патологического влечения к игре* (основные симптомокомплексы: вегетативные нарушения; психические нарушения с идеаторным, поведенческим, эмоциональным компонентами; соматические нарушения);
- *абстинентный синдром* (основные симптомокомплексы: вегетативные расстройства; психические нарушения с эмоциональным, поведенческим, идеаторным, диссомническим компонентами; соматические расстройства);
- *синдром игровой деградации* (с аффективным, поведенческим, интеллектуально-мнестическим, социальным, морально-этическим компонентами).

Следует отметить, что в данной классификации три первых базисных синдрома во многом пересекаются. Т.е. имеет место обычная для описания пси-

хопатологии зависимых состояний ситуации, когда «большие» синдромы, такие как синдром зависимости, включают симптомокомплексы с меньшим спектром психопатологических проявлений, а те в свою очередь – еще менее дифференцированные синдромы.

Психологический акцент в изучении механизмов формирования игромании способствует разработке адекватных психотерапевтических и консультативно-психологических подходов в комплексной терапии и реабилитации зависимых лиц (Зайцев В.В., Шайдулина А.Ф., 2003; Даренский И.Д., Акопян В.С., 2005; Бухановский А.О., Мадорский В.В., Солдаткин В.А., 2008).

(1.2) Проблема интернет-зависимости (сионим – компьютерная зависимость, интернет-аддикция, виртуальная зависимость) исключительно сложна, многоаспектна и еще недостаточно изучена, как и проблема технологических зависимостей в целом.

Между тем концептуальные и методологические прорывы здесь особенно необходимы, поскольку именно новые коммуникативные технологии обладают колоссальным потенциалом как развития и самореализации, так и мощным деструктивным потенциалом в отношении формирования новых типов зависимостей, а также – сверхбыстрого распространения уже известных социальных эпидемий (Елшанский С.П., 2005; Райхман П.П., 2007).

Определение интернет-зависимости требует четкого различения ее непатологических и патологических форм, поскольку персональный компьютер стал в настоящее время и учебным, и рабочим электронным средством, прочно вошедшим в семейный быт. Взрослый человек и тем более подросток или ребенок не могут быть исключены из этого средового информационного поля даже при формировании зависимых отклонений.

В данной связи необходимо учитывать, что аддикция (зависимость) начинается там, где возникает замещение удовлетворения реальных потребностей новой сверхценной потребностью в аддиктивном агенте, т.е., в нашем случае – потребностью к доступу в виртуальное пространство, позволяющему в иллюзорно-виртуальном ключе разрешать конфликты, избегать проблем, компенсировать дефицит общения и т.д. (Пережогин Л.О., Вострокнутов Н.В., 2009).

Далее следует учитывать, что, по всей видимости, существуют две большие группы, объединяемые под общим термином интернет-аддикций. Первая группа – многопрофильных аддикций (интернет-геймеры, покупатели, сексоголики), при которых компьютер и интернет используются лишь как средства доступа к основному аддиктивному агенту – азартной игре, шопингу, порнографии и др.

Для аддиктов второй группы характерно пристрастие к кибер-отношениям, перегруженностью информацией, кибер-исследованиям, хакерству, созданию вредоносных программ. Как правило, аддикты

второго порядка используют компьютер и возможности сети для бегства от реальных проблем и в целях гиперкомпенсации (например, в случае физических недостатков, непризнания окружающих, низкой самооценки), или других, более серьезных проблем (Young K.S., 1996; Griffits M., 1997).

Основные признаки интернет-зависимости следующие:

- чрезмерное, немотивированное время работы в сети, не обусловленное профессиональной, научной или иной социальной деятельностью;
- фокусирование интересов в сфере компьютерных технологий и резкое сужение круга всех остальных интересов;
- избирательное изменение эмоциональности в ситуации вовлеченности в виртуальное пространство и утрата эмоциональности при включении в реальную ситуацию;
- использование возможностей интернета как преобладающего средства коммуникации;
- создание и эксплуатация виртуальных образов, крайне далеких от реальных характеристик;
- влечеение к созданию вредоносных программ (без какой-либо цели);
- субъективно воспринимаемая невозможность обходиться без работы в сети.

Скорость формирования признаков интернет-зависимости, по данным многочисленных исследований, весьма высокая – 25% аддиктов приобретают зависимость в течение полугода после начала работы в интернете, 58% – в течение второго полугодия, а 17% – вскоре по прошествии года (Young K.S., 1996).

Наиболее часто встречающиеся психопатологические проявления интернет-зависимости следующие:

- базовый синдром зависимости, который повторяет уже перечисленные признаки сформированной интернет-зависимости, но может и включать такие дополнительные признаки, как: навязчивые мысли и образы виртуальных объектов, компьютерных действий; появление тревожно-депрессивных реакций при ограничении компьютерного времени; в случае подавления желания к виртуальной активности – ощущение нарастающей усталости и сонливости;
- синдром измененного сознания (при поглощенности компьютерной деятельностью);
- депрессивный синдром;
- астенический синдром (Урсу А.В., Худяков А.В., 2009).

**(2) Число патологических игроков во взрослой популяции** варьирует от 0,4 до 3,4%, а в некоторых регионах может достигать и 7%. По данным исследований, проведенных с 1999 по 2002 гг. в Канаде, Новой Зеландии, Швеции, Великобритании, Швейцарии и Австралии, распространенность игромании составляла от 1 до 1,5%, в Гонконге – 1,9%.

Число патологических игроков среди подростков и юношей часто превышает среднее число патологических игроков среди взрослых, не меньше чем в два раза, и достигает показателя в 2,8-8%.

Проведенное в 2001 г. исследование в городской популяции населения России показало, что игроманией в РФ страдает от 1,27 до 3,12% населения. В то же время группа повышенного риска по данному профилю составила 10,53% населения.

Наличие достаточно большой частоты отдельных симптомов патологического влечения к азартным играм в изучаемой группе позволило авторам сделать вывод: в ближайшие годы при отсутствии профилактики данной патологии число заболевших может возрастать, и выйти на одно из ведущих мест наряду с алкоголизмом и наркоманией (Чуркин А.А., Касимова Л.Н., 2001; Скокаукас Н., Саткявичуте Р., Бурба Б., 2004; Кекелидзе З.И., Шемчук Н.В., 2008).

**(2.1)** О распространности интернет-зависимости в пределах от 1 до 5% населения сообщают K.S. Young (1998), M. Griffits (2000). Считается, что данному виду зависимости более подвержены гуманитарии и люди, не имеющие высшего образования, нежели специалисты по компьютерным сетям.

Наиболее уязвимый контингент – старшие школьники, среди которых распространенность признаков, указывающих на возможную интернет-аддикцию в некоторых регионах, составляет до 38% (Kim K., Ryn E., Chon M.Y. et al., 2005).

**(3)** Среди наиболее заметных и частых отрицательных последствий патологического пристрастия к азартным играм называют изменения в психике, распад семьи и привычного микросоциального окружения, такие социальные последствия, как маргинализация, противозаконные действия, утрата профессионального и социального статусов, существенные расходы на лечение и реабилитацию зависимых лиц, несомых обществом.

Из типичных изменений психической деятельности отмечаются: лживость, безответственность, конфликтность, нарушение производственной дисциплины, временное или стойкое безразличие к работе (частые смены работы) и семье, снижение работоспособности, криминогенность (воровство, мошенничество, подлог и пр.), разводы, одиночество.

Аффективные расстройства проявляются постоянной тревогой, субдепрессиями, депрессиями, дисфорией. Характерны суицидальные мысли и тенденции.

Сужается круг интересов, утрачиваются многолетние привязанности. Постепенно ухудшается память, мышление становится стереотипным, существенно снижаются способности к творческой деятельности.

Родственники зависимых лиц утверждают, что большинство из них становятся обидчивыми, вспыльчивыми, грубыми, тусклыми, сексуально

слабыми, эгоистичными, предъявляют окружающим необоснованные требования, отказываются выполнять какие-либо семейные обязанности.

На последних стадиях развития игровой аддикции у зависимых лиц отмечается снижение требований к своему внешнему виду, личной гигиене, появление неопрятности и запущенности.

**(3.1)** Из отрицательных последствий формирования интернет-зависимости выявлены следующие.

*Физические симптомы:*

- синдром карпального канала (туннельное поражение нервных стволов руки, связанное с длительным перенапряжением мышц);
- сухость в глазах;
- головные боли по типу мигрени;
- боли в спине;
- нерегулярное питание, пропуск приемов пищи;
- пренебрежение личной гигиеной;
- расстройства сна, изменение режима сна (Orzack M., 1998).

*Социально-психологические отклонения:*

- депривация у родных и близких в связи с изменением поведения зависимого;
- стрессы у родителей и стойкие внутрисемейные конфликты по этому же поводу;
- академическая неуспеваемость и конфликты с учителями;
- высокая частота случаев смены мест учебы при конфликтных ситуациях;
- неприятие и конфликты с соучениками;
- экстернатное обучение;
- отвержение сверстниками;
- давление компьютерной субкультуры;
- вовлеченность в виртуальную группу с принятием и разделением ее ценностей, языка, отличительных знаков.

*Отклонения возрастного психического развития у подростков:*

- проявление задержанного развития с личностным инфантилизмом;
- расстройства идентификации (ролевой, половой, самоидентификации);
- нереалистичность и недифференцированность представлений о себе и своем месте в жизни;
- исаженная (чаще – заниженная) самооценка;
- расстройства привязанности;
- синдром дефицита внимания и гиперактивности (в основном его вариант, связанный с дефицитарностью внимания);
- оппозиционно-вызывающие расстройства поведения (Пережогин Л.О., Вострокнутов Н.В., 2009).

Следует иметь в виду, что интернет-зависимость, как и другие химические и нехимические зависимости, могут переходить одна в другую и сосуществовать в различных комбинациях.

Интенсивное использование интернет-коммуникаций многократно повышает вероятность подобного сочетания (Егоров А.Ю., 2007).

Традицией считается, что высокая степень социальной опасности патологического пристрастия к азартным играм, а также интернет-зависимости, обусловлена, в первую очередь, масштабами и темпами распространения данной социальной эпидемии, глубиной и разнообразием негативных последствий, в том числе и таких, как: 1) серьезные социальные и финансовые проблемы у игроков; 2) распространенность противоправных действий в данной сфере; 3) высокий суициdalный риск (Малыгин В.Л., Цыганков Б.Д., 2006; Автономов Д.А., 2009, Солдаткин В.А., 2009).

Также следует иметь в виду весь спектр уже имеющихся и нарастающих, как снежный ком, негативных социальных последствий в глобальной экономике (а значит, и в социальной сфере в целом) в результате стремительного и сверхмасштабного разрастания игровой спекулятивной практики, с вовлечением в данную практику существенной части населения планеты.

Глобальные кризисы последних лет, сотрясающие самые основы мировой финансово-экономической системы, удивительно напоминают чередование патологических синдромов выигрыша-проигрыша с явным преобладанием последних. Полагаем, что последнее обстоятельство – явный намек на то, что следующая фаза (стадия отчаяния и безнадежности), при сохранении существующего положения дел, – не за горами. Вот почему необходима срочная и масштабная ревизия всей практики спекулятивных игр, глубокий анализ возможностей глобальной профилактики данной сверхопасной и еще только набирающей ход социальной эпидемии.

**(4)** Современная ситуация в сфере распространения киберэкстремизма и кибертерроризма расставляют несколько иные приоритеты в сфере интернет-зависимости. Зависимые лица здесь являются наиболее уязвимой группой для атак киберэкстремистов и кибертеррористов, предпринимаемых, во-первых, для того чтобы добиться нужного им общественного резонанса, а во-вторых – с целью вербовки своих последователей среди постоянных пользователей сети. Что не составляет особого труда, поскольку, как уже было сказано, интернет-зависимые лица обладают универсальным аддиктивным потенциалом и склонностью к «накапливанию» аддикций.

Далее, такого рода постоянные пользователи социальных сетей могут выступать (сами того не желая) в качестве резонансной группы поддержки манипулятивным экстремистским и сектантским технологиям, распространяя соответствующие сообщения и комментарии к ним среди весьма многочисленных партнеров по сети.

---

Еще один серьезный аспект данной проблемы состоит в том, что из группы интернет-зависимых лиц легче всего вербуются будущие киберэкстремисты, хакеры и взломщики компьютерных сетей, работающие на нелегальные экстремистские организации и их террористические отряды.

(5) Из механизмов вовлечения в патологическое пристрастие к азартным играм и условий, способствующих данному процессу, чаще всего называют следующие:

– *факторы среды* (неограниченная доступность азартных игр, достигаемая в том числе с использованием компьютерной сети, постоянное стимулирование игровой деятельности по всем каналам СМИ);

– *мотивационный фактор* (данный фактор, по мнению многих исследователей, является ведущим в формировании патологической зависимости от азартных игр. Так, выделяют глубинные мотивы двух типов: первый тип, свойственный для игроков «действия», основан на том, что ситуация игры и возможность выигрыша удовлетворяют потребность доминировать, рисковать, манипулировать другими, доказать свое превосходство перед соперниками или перед игровой системой в целом; игроки второго типа «убегающие от реальности», за счет игры уходят от проблем, неудач, болезненных потерь, проигравшей в реальной жизни. Кроме того, имеют значение и «поверхностные» актуальные мотивы: на инициальной стадии приобщения к участию в азартных играх ведущими являются мотивы любопытства, интереса к новому, престижному, неизвестному, а также желание выиграть; из мотивов, закрепляющих участие в азартных играх, ведущими являются: возможность выиграть деньги, азарт, возбуждение, приятное волнение; на стадии сформированной патологической зависимости ведущими мотивами являются: желание отыграться и вернуть долги, уйти от проблем и забот, снять напряжение) (Galki T., Rena N., 1987; Haller R., Hinterhuber H., 1994; Автономов Д.А., 2010);

– *семейный фактор* (имеют значение следующие особенности формирующего влияния семьи: фактор психического дизонтогенеза вследствие деформирующего стиля воспитания; ресурсная ограниченность копинг-механизмов семейной системы; неэффективность эмоциональных и социальных конструктов поведенческих схем у членов семьи; нарушение границ между полами и поколениями; некатегоризированность ролей, искажение функций членов дисгармоничной семьи; двусмысленный семейный кодекс реагирования; ригидность, конфликтность и непоследовательность в проявлении установок разных поколений; когнитивно-поведенческая неадекватность планирования бюджета как составляющая транслируемого семейного сценария) (Горлова Е.Г., 2006);

– *личностный фактор* (наличие черт «потенциального игрока» по R.L. Custer (1984): низкая самооценка, нетерпимость к отказам и неодобрению, высокий уровень тревожности, склонность к депрессиям, что, по-видимому, более характерно для игроков второго типа; импульсивность, нетерпимость к разочарованию и потребность в немедленном удовлетворении, ощущение всемогущества, склонность к магическому мышлению, активная жажда деятельности, возбуждения, стимуляции, риска – что характеризует в большей степени игроков первого типа).

Помимо всего сказанного, следует иметь в виду, что один из главных механизмов распространения эпидемии патологического пристрастия к азартным играм – экономический.

Игровой бизнес входит в пятерку самых доходных, капиталоемких и отложенных во всем мире (Барбариуш А.Э., 2004; Белых А.Н., 2004). На глобальных рынках азартных игр действуют крупные, организованные корпорации, осуществляющие продуманную информационную, территориальную и экономическую экспансию. При этом информационная экспансия осуществляется в том числе и за счет реализации стратегии формирования культуры игрового, магического, фаталистического мышления у существенной части населения планеты. Основные привлекательные и часто цитируемые тезисы такой, нигде не афишируемой, стратегии всегда на слуху: «вся наша жизнь – игра»; «кто не рискует, тот не пьет шампанского»; «играй и выигрывай» и пр. При этом происходит скрытая подмена ценностей активной социальной и жизненной позиции субъекта на мета-позицию неоправданного риска, надежды на «форт» и почти открытого пренебрежения к тем, кто не поддерживает этот мега-стиль жизни.

Сюда же следует отнести организацию многочисленных игровых шоу с разыгрыванием дорогих призов на телевидении, радио, распространение компьютерных версий азартных игр в интернете.

Таким образом, экономический механизм распространения игровой зависимости предусматривает практику манипуляции общественным сознанием, которая только лишь усиливает аддиктивный потенциал общества.

(5.1) Ведущим механизмом вовлечения в интернет-зависимость, по мнению многих исследователей, является почти «идеальное» соотношение личностных особенностей интернет-зависимых, нереализованных потребностей, присущих таким личностям и тех, практически неограниченных возможностей к самореализации, которые дает виртуальное пространство.

Так, при исследовании интернет-аддиктов выяснилось, что доминирующей в данной группе лиц была потребность в близком, доверительном общении. Однако при этом они не имели достаточной социальной смелости для установления такого рода отношений с окружающими людьми в реальном

мире. Интернет-аддикты, в своем большинстве, – люди низко адаптированные и застенчивые, их самооценка существенно ниже, чем в среднестатистических группах населения, сопоставимых по возрасту.

Интернет-пространство для таких личностей – идеальное место для удовлетворения их нереализованных, «заблокированных» потребностей в поддержке, одобрении, общении, в силу чего у интернет-аддиктов весьма часто возникают иррациональные убеждения следующего типа: «интернет – единственное место, где меня уважают», «никто не любит меня вне интернета», «интернет – мой единственный друг» и т.д. (Davis R., 2001).

Таким образом, виртуальная реальность выполняет для интернет-аддиктов функции адаптации и компенсации, что, в свою очередь, дополнительно стимулирует процесс перемещения активности аддикта из рамок повседневной жизни в жизнь виртуальную (Егоров А.Ю., 2007).

**(6)** Очевидные негативные последствия сверхбыстрого расширения игорной индустрии и, в первую очередь, угрожающие темпы распространения игромании в большинстве цивилизованных стран воспринимаются как серьезная угроза психическому здоровью населения. В связи с чем правительствами этих стран разрабатываются системы профилактики и борьбы с игровой зависимостью.

В ряде случаев (например, в Швейцарии, США и некоторых других странах) такого рода противодействующая социальная активность стимулируется и поддерживается ассоциациями игорного бизнеса, заинтересованными в сохранении позитивного общественного имиджа.

К участию в превентивных проектах привлекаются солидные социальные институты, способные оказывать квалифицированную психологическую помощь, проводить специальные тренинги, поддерживать деятельность тематических сайтов.

Общая схема организованного противодействия распространению наиболее опасных последствий игорной практики обычно включает следующие системные уровни:

- *законодательные меры*: лицензирование; возрастные ограничения; рекламные ограничения; ограничения по месту – отдаленность от образовательных, воспитательных, религиозных учреждений;

- *административные меры*: ограничение по времени работы игорных заведений; ограничения по видам азартных игр, их сочетаниям;

- *ограничительные меры игорного заведения*: ограничение по допуску (фэйс-контроль) – учет возраста, психического состояния, общей адекватности потенциальных клиентов; проверка состоятельности и кредитной истории клиентов; «черные списки» проблемных игроков и мошенников; ограничения по суммам и времени игры; практика остановок в игре и отвлечения на другие объекты;

- *ограничительные меры, настоятельно рекомендуемые лицам, вовлеченым в игорную практику*: периодическая самоизоляция; установление предельных сумм и времени игры; самотестирование и периодическая проверка своего состояния у квалифицированных специалистов психологического и психотерапевтического профиля;

- *специальные медицинские и психологические меры*: наблюдение за «проблемными» клиентами с мотивацией на получение профессиональной помощи; медикаментозное и психотерапевтическое лечение лиц с признаками формирования игровой зависимости; семейная и групповая психотерапия созависимых лиц; тематические лекции, семинары, тренинги для лиц, проявляющих интерес к проблеме игровой зависимости;

- *общественные меры*: создание общественных организаций и движений по противодействию игровой зависимости; создание и поддержка деятельности анонимных терапевтических групп для лиц с игровой зависимостью; разработка и реализация образовательных программ профилактической направленности; подготовка и выпуск тематических лекций, книг, видеопособий.

Оценка эффективности усилий, противодействующих распространению игромании, – явление крайне редкое в силу методологических сложностей, возникающих при разработке и организации проведения такого рода исследований. Имеются лишь отдельные указания на эффективность сочетания медикаментозных методов лечения и длительных курсов реабилитации для лиц, страдающих патологическим пристрастием к азартным играм (Белых А.Н., 2004; Барбариуш А.Э., 2004; Даренский И.Д., Акопян В.С., 2005; Егоров А.Ю., 2007; Бухановский А.О., Мадорский В.В., Солдаткин В.А., 2008; Шемчук В.Н., Агараладзе Г.Б., Юсупова И.У., 2008).

**(6.1)** Вопросы организованного противодействия распространению интернет-зависимости разработаны недостаточно. Данное обстоятельство, по-видимому, связано с относительно непродолжительным «проблемным стажем», имеющимся у рассматриваемого типа психологической зависимости.

Основными институтами, оказывающими профессиональную помощь семьям, где есть дети (подростки, молодые люди) с признаками интернет-зависимости, являются центры психологического и семейного консультирования.

Профилактические рекомендации, выдаваемые в этих центрах, сводятся к необходимости установления достаточно жесткого контроля компьютерного времени детей и подростков со стороны их родителей. Кроме того, родители обучаются навыкам предупреждения активных протестных и негативных реакций в ответ на введение жестких ограничений, практике составления соответствующего «семейного договора».

В последние годы разрабатываются специальные коррекционные программы для детей и подростков

с признаками интернет-зависимости, предусматривающие похождение ряда последовательных терапевтических этапов. Обычно к прохождению такого рода программ привлекаются как дети, так и их родители. Т.е. имеет место вариант семейной терапии, что существенно повышает эффективность реабилитационного процесса (Пережогин Л.О., Вострокнутов Н.В.).

(7) Оценка эффективности противодействия распространению патологического пристрастия к азартным играм, интернет-зависимости в Республике Казахстан и бывших союзных республиках учитывает:

*наличие:*

- государственных решений о запрете деятельности любых организаций, реализующих практику азартных игр в крупных городах и населенных пунктах, за исключением специально оговоренных зон, где такая практика возможна на легальной основе;
- законодательства, предусматривающего уголовное преследование за нелегальную организацию азартных игр;
- специальных ведомств и подразделений в органах государственной власти, отвечающих за выполнение вышенназванных решений и законодательных положений;
- свободного доступа к информации о негативных последствиях вовлечения в игровую зависимость;
- свободного доступа к государственным и частным лечебным организациям, консультативным центрам, с возможностью получения профессио-

нальной консультативной, психотерапевтической и комплексной помощи;

*дефицит:*

- научно-обоснованных и доказательно эффективных технологий первичной и специализированной помощи лицам с признаками формирования игромании и интернет-зависимости, находящимся на разных стадиях данного процесса;
- соответствующих специалистов, кабинетов и подразделений, действующих в системе государственного здравоохранения и специализирующихся по профилю игровой и интернет-зависимости;
- отсутствие:*
- технологий и действующей системы мониторинга рисков и фактов вовлечения в игровую и интернет-зависимость среди наиболее уязвимых групп населения;
- технологий и действующей системы эффективной первичной профилактики вовлечения в игromанию и интернет-зависимость;
- разработанной, научно-обоснованной концепции и стратегии мультисекторального противодействия распространению данной социальной эпидемии;
- разработанной системы мониторинга эффективности противодействующих усилий в целом и по каждому направлению в отдельности.

Таким образом, речь идет лишь о первом уровне контроля над социальной эпидемией патологического пристрастия к азартным играм и интернет-зависимости, когда точные данные о ее распространении не известны, а противодействующие усилия по их ассортименту, масштабу и эффективности – явно недостаточны.

**Литературные источники:**

1. Автономов Д.А. Исследование обстоятельств приобщения, мотивации и отношения к участию в азартных играх у пациентов на разных этапах формирования зависимости //Журнал «Вопросы наркологии». - №1.- 2010. - С.88-96.
2. Автономов Д.А. О психопатологическом понимании этиологии, патогенеза и клинической картины зависимости от азартных игр //Независимый психиатрический журнал. - №4.- 2009.- С.80-87.
3. Барбариуш А.Э. Проблема игромании в России. Опыт зарубежных стран. Методы борьбы и профилактики игромании в России //Тезисы Конференции «Игромания. Миры и реальность»// //Ж. «Наркология». - №4.- 2004.- С.18-19.
4. Белых А.Н. Опыт решения проблем игровой зависимости за рубежом //Тезисы Конференции «Игромания. Миры и реальность»// //Ж. «Наркология». - №4.- 2004.- С.16-18.
5. Бухановский А.О., Мадорский В.В., Солдаткин В.А. Интегративная психотерапия в комплексном лечении больных, страдающих патологической страстью к азартным играм //Ж. «Наркология». - №9.- 2008.- С.40-46.
6. Волкова Е.А., Егоров А.Ю. Личностные особенности гемблеров и наркозависимых // Ж. «Наркология». - №4.- 2008.- С.39-43.
7. Горлова Е.Г. Патологическое особенности игроманов, зависимых от психоактивных веществ, и актуальные аспекты их психологической реабилитации //Журнал «Наркология». - № 9.- 2006.- С.64-88.
8. Даренский И.Д., Акопян В.С. Болезненное пристрастие к азартным играм // Журнал «Наркология».- № 5.- 2006.- С.54-57.
9. Даренский И.Д., Акопян В.С. Психотерапия при болезненном пристрастии к азартным играм // Ж. «Наркология». - №5.- 2005.- С.58-61.
10. Дудко Т.Н., Мягкова М.А., Панченко Л.Ф., Бондаренко С.Н., Карутина Е.А. Клинические особенности игромании //Журнал «Наркология».- № 10.- 2006.- С.43-48.

- 
- 
11. Егоров А.Ю. Игровая зависимость (гэмблинг) //В кН. Руководство по аддиктологии/ под ред.проф. В.Д.Менделевича.- Речь,2007. – С.490-500.
12. Егоров А.Ю. Социально приемлемые формы нехимических аддикций. Интернет-зависимость //В кН. Руководство по аддиктологии /под ред.проф. В.Д.Менделевича.- Речь,2007. – С.508-515.
13. Ешанский С.П. Проблема социокультурной детерминации психической патологии: патологическая зависимость от нехимических агентов.// Ж. «Вопросы наркологии». - № 2.- 2005.- С.59-62.
14. Зайцев В.В., Шайдулина А.Ф. Как избавиться от пристрастия к азартным играм //Изд. Дом «Нева», СПб.- 2003.- 125 с.
15. Кекелидзе З.И., Шемчук Н.В. Особенности формирования патологического влечения к азартным играм //Российский психотерапевтический журнал. - №3.- 2008.- С.24-28.
16. Малыгин В.Л., Цыганков Б.Д. Клиника и динамика психических расстройств у лиц с патологической зависимостью от игры // Журнал «Наркология». - № 9.- 2006.- С.59-63.
17. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств /ВОЗ; Россия, СПб, 1994.-303с.
18. Мухаметзянова М.Р., Менделевич В.В. Сравнительные особенности прогностической деятельности и способности к самоуправлению лиц с наркотической и интернет-зависимостью //Ж. Психическое здоровье. - № 4(35).- 2009.- С.31-34.
19. Пережогин Л.О., Вострокнутов Н.В. Нехимическая зависимость в детской психиатрической практике //Российский психиатрический журнал.- №4.- 2009.- С.86-91.
20. Райхман И.П. Психологические особенности игровой активности в интернете: позитивные и негативные факторы влияния. //Ж. «Наркология». - №11.- 2007.- С.42-49.
21. Скокаукас Н., Саткевичуте Р., Бурба Б. Некоторые аспекты патологического влечения к азартным играм //Психиатрия. Научно-практический журнал.- №3.- 2004.- С.59-65.
22. Солдаткин В.А. Криминогенность, виктимность и суицидальность при патологическом влечении к азартным играм // Журнал «Вопросы наркологии». - № 3.- 2009.- С.53-59.
23. Урсу А.В., Худяков А.В. Компьютерная игровая зависимость: клиника, динамика и эпидемиология / Ж.»Психическое здоровье». - № 8 (39). – 2009.- С.28-32.
24. Чуркин А.А., Касимова Л.Н. Распространенность расстройств влечений в городской популяции // Сборник научных трудов под ред. Ю.А. Александровского.- М.:ГНЦ ССП им.В.П.Сербского , 2001.- С.95-105.
25. Шабалина В.В. Когнитивная структура психической зависимости // Ж. «Наркология». - №9.- 2006.- С.69-72.
26. Шемчук Н.В., Агараладзе Г.Б., Юсупова И.У. Основные подходы к оказанию медико-психологической помощи лицам, страдающим патологическим влечением к азартным играм (сообщение 1) //Российский психиатрический журнал.- № 5.- 2008.- С.88-91.
27. Шемчук Н.В., Агараладзе Г.Б., Юсупова И.У. Основные подходы к оказанию медико-психологической помощи лицам, страдающим патологическим влечением к азартным играм (сообщение 2) //Российский психиатрический журнал.- № 6.- 2008.- С.90-93.
28. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition Tet Revision (DSM-IV-TR).– Washington, D.C.: American Psychiatric Association.2000.
29. Custer R.L. Profile of the pathological gambler //Y.Clinical Psychiatry.–1984.–Vol.45.-P.35-38.
30. Custer R.L., Graig R.I., Baker S.L. Gambling and addiction.– Springfield,1982.
31. Galski T., Rena Nora. Handbook of Pathological Gambling.-Publisher: Thomas, Charles C Publisher,Limited,1987.-24p.
32. Griffits M.D. Internet addiction – time to be taken seriously? //Addiction Research.Oct.V.8.-N5.-2000.
33. Griffits M.D. Internet addiction: does it really exist? //In: Psychology and the internet: Intrapersonal, interpersonal and transpersonal implication / J. Gackenbach (Ed). San-Diego: CA, Academic Press,1998.
34. Haller R., Hinterhuber H. Treatment of pathological gambling with carbamasepine//Pharmacopsychiatry.- 1994.-N27.-P.129.
35. Kim K., Ryn G., Chon M.Y., Yeun G.I., Choi S.Y., Seo Y.S., Nam B.W. Internet addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: Agnestic survey// International Jornal of Narsing Studies, Article in Press,2005.
36. Orzack M.N. Computer addiction: What is it? //Psychiatric Times.August.-V/15.-N8.-1998.
37. Rosenthal R.Y., Shaffer H.I., Stein S.A. et al. Compulsive gambling: Theory, research and practice.– Lexington: Lexington Books,1989.-P.101-125.
38. Young K.S. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorders //CyberPsychology and Behavior.- V.1.-1998.

## ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

УДК 616.24 – 008.444

### СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ/ГИПОПНОЭ СНА

Р.В. Новичевская

врач-терапевт, ККГП «Поликлиника № 4 г. Павлодара»

Синдром обструктивного апноэ/гипопноэ сна (СОАГС) – это серьезное, потенциально угрожающее жизни пациента патологическое состояние, обусловленное периодическими эпизодами полной или частичной механической обструкции верхних дыхательных путей мягкими тканями глотки во время сна.

Снижение тонуса мышечных структур глотки, наступающее во время глубоких стадий сна, а также отрицательное давление, создающееся в трахее и бронхах в результате дыхательных движений грудной клетки, приводят, при определенных условиях, к тому, что ткани глотки (языка, задней и боковых стенок глотки, мягкого неба, язычка), провисая и спадаясь, затрудняют, либо делают невозможным нормальный вдох. Наступает эпизод апноэ или гипопноэ (у взрослых апноэ считается пауза в дыхании, превышающая 10 секунд; гипопноэ – эпизод снижения вентиляции более чем на 50% от исходного уровня на период более 10 секунд). Нарастающие вследствие этого гиперкапния и гипоксия, стимулируя мозговые структуры, приводят к увеличению дыхательных усилий, кратковременному пробуждению или к переходу сна к более поверхностной фазе для восстановления мышечного тонуса глоточных структур. Затем пациент снова погружается в глубокий сон, и цикл повторяется снова. Наутро пациент, как правило, не помнит эпизодов пробуждения. Количество циклов может достигать нескольких сотен в течение ночи, что ведет к фрагментации нормальной архитектуры сна, снижению его качества, к формированию тревожного, беспокойного, не приносящего отдыха сна. В конечном счете, это приводит к чрезмерной сонливости в дневное время, раздражительности, снижению работоспособности, внимания, и даже появлению мnestических и личностных нарушений. Классически основными индикаторами СОАГС считаются ночной храп и чрезмерная дневная сонливость [18].

Несмотря на то, что впервые данная нозология была описана еще в 1889 году [5], к правильному пониманию сущности храпа и синдрома обструктивного апноэ клиническая медицина начала подходить фактически лишь в 70-е годы прошлого века, когда, благодаря появлению техники для длительного ЭЭГ-мониторинга и пульсоксиметрии, начались научные исследования поведения дыхания во время сна. В текущее же 10-летие происходит поистине «взрывное» увеличение количества публикаций в

медицинской литературе по проблеме СОАГС, что свидетельствует о возрастании интереса к вопросу.

В настоящее время СОАГС однозначно осознается серьезной социальной, медицинской и экономической проблемой. СОАГС является третьей по частоте респираторной патологией после бронхиальной астмы и хронических обструктивных болезней легких (ХОБЛ). Распространенность синдрома в средневозрастной популяции, по сообщениям литературы, может достигать 4% среди мужчин и 2% среди женщин, что сравнимо с распространенностью сахарного диабета 1 типа, и вдвое превышает распространенность бронхиальной астмы тяжелой степени [17]. При этом диагностируется СОАГС только у одного из четырех пациентов, имеющих данную патологию [21]. По сообщениям британских источников, предположительно около 1% мужчин страдает тяжелой формой синдрома. Распространенность синдрома увеличивается с возрастом. Так, в 30-35-летнем возрасте храпят 20% мужчин и 5% женщин, а в возрасте 60 лет - 60% и 40% соответственно. По данным исследований, распространенность СОАГС составляет 5%-7% в популяции старше 30 лет, причем приблизительно треть таких больных имеет средней тяжести или тяжелую степень заболевания. Кроме того, в увеличение его частоты вносит вклад рост распространенности ожирения - одного из существенных факторов риска развития СОАГС [20].

Что же именно заставляет считать данное состояние столь серьезной проблемой?

СОАГС существенно снижает качество жизни. Даже самый «безобидный» симптом СОАГС - ночной храп - в реальной жизни может быть не так уж и безобиден. Социальные последствия храпа могут носить для человека крайне стрессогенный характер: выдворение из спальни, семейная дисгармония, смущение и боязнь поездок и командировок с размещением в гостиницах и отелях с незнакомыми людьми, отказ от длительных путешествий общественным транспортом (поездом, самолетом) из-за опасения уснуть в пути и вызвать насмешки окружающих [28].

Кроме того, при СОАГС возможно формирование целого комплекса поведенческих и мnestических проблем на рабочем месте и в семейной жизни. Отсутствие полноценного ночного отдыха в течение длительного времени приводит к истощению

физиологических функций головного мозга. Снижаются внимание, общая работоспособность, способность воспринимать и запоминать новую информацию, качественно выполнять ранее привычные бытовые и производственные задачи. Накапливается хроническая усталость, появляется раздражительность, несдержанность в отношениях с окружающими. Все это негативно оказывается на карьерном росте, взаимоотношениях в рабочем коллективе и в семье. Ситуация в семье может усугубляться нередко сопровождающими СОАГС сексуальными проблемами в виде снижения либидо и появления эректильной дисфункции. При этом человек может не знать о наличии у него СОАГС в течение нескольких лет и даже десятилетий, ошибочно относя возникающие и накапливающиеся проблемы к перегрузкам на работе, к отсутствию времени, к «плохим» коллегам и начальству и т.д. [17].

Однозначно доказанной является связь СОАГС с увеличением риска сердечно-сосудистых событий: инфаркта миокарда, инсульта и др. Во время эпизодов ночного апноэ артериальное давление повышается на 50 мм рт. ст. и более, в дальнейшем нормальным образом не снижается, и в течение дня, как правило, остается повышенным. В дополнение к артериальной гипертензии, сердечно-сосудистый риск повышают нередко сопутствующие СОАГС такие факторы, как метаболический синдром, повышенный уровень холестерина, гиперкоагуляция, рост уровня маркеров воспаления и оксидантного стресса [14, 23].

Есть и еще одно последствие СОАГС, переводящее его в разряд крайне опасных социальных проблем. Дневная сонливость существенно повышает риск дорожно-транспортных происшествий (ДТП) [8]. Имеются объективные доказательства того, что риск ДТП среди водителей, страдающих СОАГС, повышается в 1,3-12 (!) раз [27]. В тестах на симуляторах показано, что водители, страдающие СОАГС, показывают даже более худшую реакцию и результаты вождения, чем водители, употребившие алкоголь [21]. Считается, что сонливость за рулем может являться причиной 20% всех случаев ДТП. Эти инциденты происходят, как правило, на большой скорости, не сопровождаются защитными реaktionами водителя и приводят к серьезным травмам с высокой летальностью [13]. Ученые Великобритании оценили затраты, связанные с одним случаем фатального ДТП, в среднем в £ 1,250,000 [6]. Это позволило им говорить о крайне желательном принятии на национальном уровне соответствующих руководств, которые помогли бы снизить медицинские, социальные и финансовые затраты, связанные с последствиями СОАГС. Очевидно, что в группу риска попадают не только водители транспортных средств. Дневная сонливость может привести к непоправимым последствиям в любой профессии с опасными для работника или окружающих его людей условиями труда.

Уже только этот далеко не исчерпывающий перечень последствий СОАГС, а так же его широкая распространенность в популяции, заставляют врача любой специальности быть готовым к встрече с пациентами, страдающими данным синдромом.

Как своевременно распознать синдром, и что при его выявлении следует делать?

Заподозрить СОАГС можно при наличии *факторов риска* (ФР).

Наиболее частые факторы риска:

- мужской пол, средний возраст и старше;
- избыточная масса тела;
- длина окружности шеи, превышающая 17 дюймов (43 см);
- наличие челюстно-лицевых аномалий, например, ретрогнатии.

Менее частые факторы риска:

- увеличенные небные миндалины;
- гипотиреоидизм;
- нейро-мышечные заболевания с вовлечением в процесс глоточных структур, например, последствия инсульта, миастения, дистрофия дюшена и т.д.

Редкие факторы риска:

- мукополисахаридозы;
- акромегалия;
- наличие врожденных синдромов - Кушинга, Марфана, Дауна.

Для симптоматического СОАГС обычно характерна достаточно показательная клиническая картина.

Наиболее частые симптомы:

- a) чрезмерная дневная сонливость;
- b) громкий храп во сне с эпизодами апноэ, заметные окружающим;
- c) не приносящий чувства освежения и отдыха сон;
- d) плохая концентрация внимания;
- e) никтурия (данний симптом обусловлен ростом уровня предсердного натрийуретического гормона вследствие увеличения кровенаполнения предсердий, вызванного понижением внутригрудного давления во время обструкции вдоху).

Менее частые симптомы:

- 1) ночная потливость;
- 2) снижение либидо;
- 3) эзофагеальный рефлюкс [25].

### Методы обследования пациента

Классическим методом предварительной оценки дневной сонливости при подозрении на СОАГС является Шкала сонливости Эпворт (ESS - Epworth Sleepiness Scale). Шкала предложена в 1991 г. доктором Murray Johns в госпитале Епворт в Мельбурне,

Таблица 1

## Перечень ситуаций для оценки

Ситуации	Баллы
Сидя, во время чтения	
Смотря телевизор	
Сидя спокойно в публичном месте (напр. в театре, на совещании, встрече)	
Сидя в качестве пассажира в автомобиле в течение часа без перерыва	
Отдыхая лежа днем, если позволяют обстоятельства	
Сидя и беседуя с кем-либо	
Сидя спокойно после обеда, без приема алкоголя	
Сидя за рулем автомобиля при вынужденной остановке движения на несколько минут	

Австралия [15]. Использование шкалы для оценки степени сонливости доступно любому врачу, не требует затрат, отличается достаточной надежностью и воспроизводимостью – ее чувствительность составляет 93,5%, а специфичность - 100% [16].

Шкала представляет собой опросник для пациента, в котором ему предлагается оценить в баллах (от 0 до 3) вероятность заснуть в восьми различных ситуациях.

Количество баллов выставляется пропорционально вероятности заснуть:

- 0 баллов – никогда не случается;
- 1 балл – случается очень редко;
- 2 балла – случается время от времени;
- 3 балла – случается часто.

Баллы, выставленные по каждой графе, суммируются. Суммарный балл от 0 до 9 считается нормой, более 9 свидетельствует о наличии дневной сонливости, более 15 указывает на серьезные нарушения сна.

Оценку состояния пациента по данной шкале во многих случаях целесообразно выполнять не только самому пациенту, но и дополнительно людям из его ближайшего окружения.

Из дополнительных методов обследования целесообразны следующие:

- 1) масса тела - должна быть документирована в первый визит к врачу и контролироваться в последующем - порядка 50% пациентов с СОАГС имеют индекс массы тела (ИМТ)  $>30 \text{ кг}/\text{м}^2$ ;
- 2) измерение окружности шеи – длина окружности более 43 см. сопряжена с большим риском СОАГС;
- 3) ЛОР - обследование:
  - ротоглотка – увеличенные миндалины; рыхлость, отечность слизистых;
  - проходимость носовых ходов – полипы, искривления носовой перегородки;
- 4) стоматологическое обследование – плотно посаженные, искривленные зубы могут свидетельствовать о малых размерах нижней челюсти;
- 5) оценка респираторных функций – признаки *cor pulmonale*; отношение объема форсированного выдоха за 1 сек к форсированной жизненной емкости; насыщение кислородом

артериальной крови ( $\text{SaO}_2$ ) – сопутствующие ХОБЛ повышают риск дыхательной недостаточности II типа;

- 6) эндокринологический статус – напр. акромегалия, гипотиреоидизм, врожденные синдромы (Кушинга, Марфана, Дауна), сахарный диабет и т.д.;
- 7) неврологический статус – нейромышечные нарушения, напр. миастения, инсульт в анамнезе;
- 8) сердечнососудистый статус:
  - контроль АД – уровень АД может влиять на выбор дальнейшей тактики лечения;
  - наличие сердечной недостаточности - может сопровождаться дыханием типа Чайна-Стокса и центральным апноэ.

Простые лабораторные тесты включают:

- a) общий и биохимический анализ крови;
- b) тесты функции щитовидной железы;
- b) уровни холестерина, триглицеридов, глюкозы, фолата – данные тесты многие центры выполняют в порядке рутинного скрининга с целью оценки общепопуляционного сердечнососудистого риска;
- г) при уровне  $\text{SaO}_2 \leq 93\%$  у пациента в покое, либо если подозревается наличие дыхательной недостаточности - дополнительно оцениваются газы артериальной или капиллярной крови [17].

Более детальное обследование дыхательных расстройств во время сна проводится в специализированных сомнологических центрах (центрах проблем сна). В зависимости от особенностей клинической ситуации, серьезности расстройств, степени очевидности симптомов и т.д. могут выполняться сомнологические обследования разной полноты и сложности.

Из отдельно применяющихся методов внимания заслуживает оксиметрия, которая, ввиду её доступности, может служить для предварительной оценки серьезности заболевания. Обычно определяется Индекс апноэ/гипопноэ (АГИ) - количество эпизодов снижения сатурации ( $\text{SpO}_2$ ) ниже оговоренного уровня (обычно ниже 4% от исходного значения) в течение часа. При АГИ 5-14 эпизодов в час тяжесть СОАГС считается легкой, при АГИ 15-30 /час – средней тяжести, и при АГИ  $>30$  /час –

тяжелой [4]. Альтернативно десатурация может оцениваться по количеству времени в течение исследования, при котором  $\text{SpO}_2$  регистрировалась на уровне ниже 90% [20].

Однако и оксиметрия, и другие различные методы исследования, как то: петли «Поток-Объем», рентгенологические методы, назальная эндоскопия под медикаментозной седацией и т.д., - каждый в отдельности, не обладают достаточной чувствительностью и специфичностью, и в настоящее время не рекомендуются в самостоятельном исполнении для принятия диагностического и терапевтического решения [17].

«Золотым стандартом» при диагностике СОАГС считается метод полной полисомнографии (ПСГ), который обычно включает в себя одновременную регистрацию электроэнцефалограммы, сегментарной тибиональной электромиограммы, электро-окулограммы, респираторного потока (обычно регистрируется оро-назальными потоковыми мониторами), запись торако-абдоминальных движений, и оксиметрию периферической крови. Кроме того, часто производится регистрация ЭКГ, видеофиксация изменений положения тела во сне, а также параллельная аудиозапись храпа [17, 20].

Для полноценного анализа результатов ПСГ необходимо начинать запись показателей за 30-60 мин. до начала сна и продолжать регистрацию в течение около 30 мин. после окончания сна. Кроме того, воспроизводимость данных ПСГ может варьировать от ночи к ночи, что может потребовать повторения исследования в течение нескольких ночей. Необходимо также присутствие обученного персонала как во время регистрации ПСГ, так и для анализа результатов. Для полной расшифровки и интерпретации записей ПСГ может потребоваться до 3-4 часов. Поэтому, несмотря на то, что различные сомнологические центры и имеют возможность проводить сеансы ПСГ на дому пациента, считается, что наиболее качественное обследование может быть проведено только в стационаре [29].

### Стратегии лечения СОАГС

Некоторые простые меры могут быть рутинно рекомендованы пациентам с СОАГС, особенно с легкими его формами. Снизить вероятностьочных апноэ может прекращение курения, воздержание от употребления алкогольных напитков и седативных препаратов перед сном, положение тела «на боку» либо с приподнятым на 30-45° головным концом во время сна [20].

Рекомендуется снижение избыточной массы тела. Рекомендация исходит из того, что снижение веса обычно улучшает течение СОАГС, а также улучшает общее здоровье, снижает риск развития диабета, сердечнососудистых событий. Приоритетными считаются не разовые и жесткие меры по сни-

жению массы тела, а небольшие, но длительно поддерживаемые, изменения образа жизни, направленные на достижение реальных целей. Стратегии постепенного, но постоянного снижения веса разработаны достаточно хорошо. Рекомендуется темп снижения массы тела не более чем на 0,5-1 кг в неделю, что может быть достигнуто уменьшением принимаемых с пищей калорий на 600 ккал/сутки от нормальной их потребности. Настоятельно рекомендуется физическая нагрузка средней интенсивности в течение не менее 30 минут ежедневно: ходьба быстрым шагом, легкий бег трусцой, езда на велосипеде и т.д. [11].

При существенном ожирении дополнительно рассматриваются более радикальные меры снижения веса. При ИМТ  $>27\text{-}30$  возможно назначение фармакологических препаратов - снижающих аппетит (анорексигенов), либо замедляющих всасывание жиров в желудочно-кишечном тракте – орлистат, сибутрамин и т.д. При ИМТ  $>40$ , либо  $>35$  и наличии дополнительных медицинских показаний, может быть оправдана бariatрическая хирургия – оперативное уменьшение размеров желудка. Результативность потери веса после бariatрического лечения может составлять до 25-44 кг в течение 1-2 лет. Однако и фармакологическое и хирургическое лечение имеют определенные противопоказания, побочные эффекты и осложнения, и взвешенное решение о применении такого лечения должно приниматься только специально подготовленным профессионалом [17].

Из мер, прямо направленных на поддержание проходимости верхних дыхательных путей (ВДП), в настоящее время известны: использование внутриротовых устройств; хирургическая коррекция ВДП; и неинвазивная CPAP-терапия (*CPAP - continuous positive airway pressure – постоянное положительное давление в дыхательных путях*) [11].

Основной принцип всех внутриротовых устройств сводится к одному – выдвижение вперед нижней челюсти, что должно препятствовать западению языка и обеспечивать постоянную проходимость ВДП во время сна. Однако использование внутриротовых устройств в некоторых случаях может быть противопоказано (эпилепсия, аномалии ротовой полости и пр.), не всегда удобно для пациентов, надежность их эффекта при тяжелых формах СОАГС не достоверна, поэтому в настоящее время эти устройства чаще используются в качестве альтернативы, когда применение других методов лечения невозможно, либо противопоказано.

Из хирургических вмешательств для обеспечения проходимости ВДП выполняются различные варианты увулопалатофарингопластики, натяжение надподъязычных мышц, хирургическое выдвижение нижней челюсти, лазерные и радиочастотные вмешательства на мягком небе и т.д. Однако эффективность и безопасность данных вмешательств, многие

из которых остаются пока экспериментальными, не имеет надежной доказательной базы, и в настоящее время данные операции не рекомендуются для лечения СОАГС [17, 20]. Крайне эффективной операцией, радикально устраниющей СОАГС, является трахеостомия, которая достаточно широко применялась ранее, особенно при тяжелых формах синдрома [26]. Однако по понятным причинам данная операция не может считаться оптимальным лечением СОАГС.

Методом выбора при лечении СОАГС в настоящее время однозначно признается неинвазивная СРАР-терапия [10, 11]. Аппарат СРАР-терапии представляет собой устройство, сходное с наркозно-дыхательным аппаратом, для автоматической подачи воздуха в дыхательные пути пациента через носовую или лицевую маску с поддержанием ВДП пациента постоянного положительного давления во время сна. При этом отсутствие резких перепадов давления поддерживает постоянную проходимость ВДП и препятствует появлению эпизодов апноэ, вследствие чего качество и архитектура сна нормализуется. Чувствительность триггеров аппарата, уровня давления, переключение фаз дыхания и т.д. регулируется электроникой. В настоящее время выпускаются аппараты СРАР-терапии разных конфигураций, с различным набором опций и возможностей, однако принцип действия у всех один – постоянное положительное давление в ВДП пациента во время сна [17]. Выбор программы терапии, подбор масок, настройка аппарата СРАР, контроль эффективности лечения осуществляется специально подготовленным персоналом сомнологических центров.

Эффективность СРАР-терапии достаточно высока при правильно подобранном режиме, хорошей переносимости и регулярности лечения (оптимальным считается использование аппарата СРАР, по возможности, каждую ночь, длительностью не менее четырех часов) [17]. Причем эффективность лечения более ожидаема именно при тяжелых формах СОАГС [19]. Гипотензивный эффект СРАР-терапии сходен таковым от применения ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента [22]. Пациенты часто сообщают, что с началом лечения больше вообще не ощущают дневной сонливости, и описывают улучшение самочувствия, настроения, концентрации и внимания. Эффект, как правило, очевиден уже в первые несколько дней или недель, хотя может отмечаться и постепенное улучшение самочувствия в течение нескольких месяцев [19].

В странах с передовыми системами здравоохранения обозначено четкое понимание серьезности проблемы СОАГС, в связи с чем, существуют специальные, утвержденные на национальном уровне, государственные программы, руководства и стандарты по ведению пациентов с данным синдромом [17, 20, 28]. Разработаны различные информационные буклеты, памятки и справочные пособия, как

для пациентов, страдающих СОАГС [21], так и для медицинских специалистов различных профилей, например, врачей общей практики, хирургов, анестезиологов, которые в практической деятельности могут сталкиваться с такими больными [28]. В руководствах детально разъясняются возможные риски, связанные с синдромом, а также порядок действий пациента и медицинских работников в определенных клинических и бытовых ситуациях. К примеру, четко акцентируется внимание врачей анестезиологов на то, что пациенты, страдающие СОАГС, относятся к группе экстремально высокого риска развития апноэ и фатальной асфиксии при назначении им седативных препаратов (транквилизаторов, наркотических анальгетиков) [24], что требует максимального внимания к таким больным со стороны анестезиолога в периоперационный период. Пациентам предписывается в обязательном порядке брать с собой аппаратуру неинвазивной СРАР-терапии в случае любой госпитализации в стационар, а также информировать медицинский персонал о наличии у них СОАГС.

Учитывая потенциальную опасность синдрома, во многих странах законодательно закреплена обязанность водителей, страдающих СОАГС, проходить обследование и лечение в сомнологических центрах с обязательным ежегодным заключением специалиста сомнолога о допуске к управлению транспортным средством [7]. Сходные нормы в четких формулировках включаются в законодательные акты по обеспечению безопасности дорожного движения в Российской Федерации [3]. В отечественных нормативных документах по обеспечению безопасности дорожного движения, к сожалению, проблема СОАГС, практически, никак не обозначена [2].

### Экономическая целесообразность СРАР-терапии

Согласно данным британских исследований, у водителей, страдающих СОАГС и получающих СРАР-терапию, количество ДТП снижается на 83% [9]. При этом, только за счет снижения травматизма и связанных с этим затрат, сберегается £5,3 млн., при затратах на проведение СРАР-терапии в £0,4 млн. [20].

В некоторых странах, таких, например, как США и Австралия, СРАР-терапия применяется у пациентов, страдающих СОАГС не только в тяжелой, но также в легкой, и даже бессимптомной форме, в расчете на снижение общего риска развития заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем, и связанных с ними экономических затрат [12, 30].

В целом ряде исследований, оценивавших отношение затрат на проведение СРАР-терапии к возможным суммарным затратам при ее не проведении, однозначно показан затратно-сберегающий эффект лечения, который составлял от US \$3354 до US \$28393 (в зависимости от тяжести синдрома) в расчете на одного пациента в год [20].

В некоторых странах, с учетом серьезности проблемы СОАГС и очевидной экономической целесообразности лечения синдрома, аппараты СРАР-терапии выдаются пациентам на дом на бесплатной основе [21].

## Обсуждение и выводы

Итак, проблема СОАГС, безусловно, серьезна и социально значима. Степень её актуальности для нашей республики оценить сложно, т.к. данных по распространенности СОАГС в Казахстане нет. Однако если экстраполировать на Казахстан данные мировой медицинской статистики, то, даже по самым скромным подсчетам, речь может идти о сотнях ты-

сяч (!) человек, страдающих данной патологией. Это придает особую важность более активному развитию специализированных сомнологических центров – в казахстанском Интернет-контенте удалось найти ссылку только на один центр, среди задач которого фигурирует диагностика и лечение СОАГС – это Лаборатория респираторных исследований, основанная на базе ННМЦ в 2010 г. [1]. Оптимизм вселяет, однако, то, что диагностика СОАГС и стратегии его лечения в современной медицине достаточно хорошо проработаны, доказательно подтверждены и экономически целесообразны. И, конечно, залогом успеха в лечении СОАГС является широкая осведомленность в данной проблеме медицинских специалистов различных профилей, а также населения.

### Литература:

1. Лаборатория Респираторных Исследований ННМЦ. Официальный сайт. [www.nnmcc-medicina.kz/node/71](http://www.nnmcc-medicina.kz/node/71);
2. Приложение 1 к постановлению Правительства РК от 25.11.1997 г. № 1650. Правила дорожного движения РК. ст. 2.7;
3. Проект федерального закона (от 15.03.2010 г.) О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам медицинского обеспечения безопасности дорожного движения. [http://www.mintzdravsoc.ru/docs/doc\\_projects/344](http://www.mintzdravsoc.ru/docs/doc_projects/344);
4. Bennett LS et al. Sleep fragmentation indices as predictors of daytime sleepiness and nCPAP response in obstructive sleep apnea. *Am J Respir Crit Care Med* 1998; 158:778-86;
5. Caton R. Case of Narcolepsy. *Clinical Societies Transactions*. Vol. 22, 1889;
6. Department of the Environment, Transport and the Regions. 1999 valuation of the benefits of prevention of road accidents and casualties. London: The Department; 2000. *Highways economics note No. 1*. [cited 28 Apr 2003]. <http://www.roads.dft.gov.uk/roadsafety/hen199/01.htm>;
7. Drivers Medical Unit. At a glance. Guide to the current medical standards of fitness to drive. Rev. Swansea: Driver and Vehicle Licens. Agency; 2002. [cited 29 Apr 2003]. [http://www.dvla.gov.uk/at\\_a\\_glance/At\\_A\\_Glance\\_Booklet.pdf](http://www.dvla.gov.uk/at_a_glance/At_A_Glance_Booklet.pdf);
8. George CF. Driving and automobile crashes in patients with obstructive sleep apnoea/hypopnoea syndrome. *Thorax* 2004;59:804-7;
9. George CF. Reduction in motor vehicle collisions following treatment of sleep apnoea with nasal continuous positive airways pressure. *Thorax* 2001;56:7-12;
10. Giles TL et al. Continuous positive airways pressure for obstructive sleep apnoea in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(1) Issue 3:CD001106;
11. Harvey EL et al. Improving health professionals management and the organisation of care for overweight and obese people (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software;
12. Hedner J, Grote L. The link between sleep apnea and cardiovascular disease: time to target the nonsleepy sleep apneics? *Am J Respir Crit Care Med* 2001;163:5-6;
13. Horstmann S et al. Sleepiness-related accidents in sleep apnea patients. *Sleep* 2000;23:383-9;
14. Hui DS, et al. The effects of nasal continuous positive airway pressure on platelet activation in obstructive sleep apnea syndrome. *Chest* 2004;125:1768-75;
15. Johns MW (1991). «A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale». *Sleep* 14 (6): 540-5;
16. Johns, MW (March 2000). «Sensitivity and specificity of the multiple sleep latency test (MSLT), the maintenance of wakefulness test and the epworth sleepiness scale: failure of the MSLT as a gold standard». *Journal of Sleep Research* 9 (1): 5-11. Retrieved 2008-07-22;
17. Management of Obstructive Sleep Apnoea/Hypopnoea Syndrome in Adults. A national clinical guideline. issued in 2003, reviewed in 2006. [www.sign.ac.uk](http://www.sign.ac.uk);
18. Martin SE et al. The effect of sleep fragmentation on daytime function. *Am J Resp Crit Care Med* 1996; 153:1328-32;
19. National Health and Medical Research Council. Effectiveness of nasal continuous positive airway pressure (nCPAP) in obstructive sleep apnoea in adults. Canberra: The Council; 2000. [cited 28 Apr 2003]. <http://www.health.gov.au/nhmrc/publications/pdf/hpr21.pdf>;

- 
- 
20. NICE technology appraisal guidance 139. *Continuous positive airway pressure for the treatment of obstructive sleep apnoea/hypopnoea syndrome*. Issue date: Mar 2008, Review date: Nov 2010. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk);
21. Patient empowerment document – key facts. Information sheet has been co-authored by The British Thoracic Society and The Sleep Apnoea Trust Association. [www.sleep-apnoea-trust.org/media/patient\\_empowerment\\_document.pdf](http://www.sleep-apnoea-trust.org/media/patient_empowerment_document.pdf);
22. Pepperell JCT et al. Ambulatory blood pressure following therapeutic and sub-therapeutic nasal continuous positive airway pressure for obstructive sleep apnoea: a randomised prospective parallel trial. *Lancet* 2002;359:204-10;
23. Robinson GV et al. Circulating cardiovascular risk factors in obstructive sleep apnoea: data from randomised controlled trials. *Thorax* 2004;59:777-82;
24. Smith I et al. Drug treatments for obstructive sleep apnoea (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software;
25. Stradling JR, Crosby JH. Predictors and prevalence of obstructive sleep apnoea and snoring in 1001 middle aged men. *Thorax* 1991;46:85-90;
26. Sullivan CE et al. Reversal of obstructive sleep apnoea by continuous positive airway pressure applied through the nares. *Lancet* 1981;1:862-5;
27. Teran-Santos J et al. The association between sleep apnea and the risk of traffic accidents. Cooperative Group Burgos-Santander. *N Engl J Med* 1999;340:847-51;
28. The Sleep Apnoea Trust. Guidelines for GPs and other Doctors. [www.sleep-apnoea-trust.org/gp-guidelines.php](http://www.sleep-apnoea-trust.org/gp-guidelines.php);
29. Whittle AT et al. Use of home sleep studies for the diagnosis of the sleep apnoea/hypopnoea syndrome. *Thorax* 1997;52:1068-73;
30. Wolk R, Somers VK. Cardiovascular consequences of obstructive sleep apnea. *Clin Chest Med* 2003; 24:195-205.

# ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

УДК 616.89; 615.832.9; 615.851

## СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

С.А. Исмаилова

заведующая Центром психического здоровья детей, подростков и их семей  
ГУПОПНД (г. Павлодар, РК)

### Признаки суицидального поведения

Свыше 2000 подростков или 11 из каждого 100 тысяч подростков, совершают самоубийство каждый год, и 250 тысяч подростков делают попытку покончить с собой. Из-за того, что молодые люди редко страдают тяжелыми или смертельными заболеваниями, самоубийство стало третьей основной причиной смертности в этой возрастной группе после несчастных случаев и убийств. Более того, по результатам опроса половина всех подростков признались в том, что им приходили в голову мысли о суициде.

*Откуда происходит сам внутренний конфликт? От того, что человек переживает неправильность своего положения и внутреннего состояния - он не нашёл своего места в жизни, а решимости совершил кардинальный поворот нет*

На вопрос «Задумывались ли вы о самоубийстве?» подростки 15-18 лет отвечали:

- часто - 40%;
- никогда - 25%;
- нет - 20%;
- да - 15%.

Самоубийство - чисто человеческий сознательный поведенческий акт и значит, не будет преувеличением сказать, что оно является своеобразной «плотью» за разум, индивидуальность, за свободу воли и выбора. Тем не менее, это не значит, что мы не должны стремиться снизить максимально число самоубийств, а для этого необходимо углубленное изучение феномена самоубийства во всех его аспектах.

1. Суицид является одним из наиболее трагических видов общественного поведения, связанного с потерей смысла жизни. Особенно трагичен суицид детей и подростков.

2. По данным статистики, наибольшее количество суицидов совершается осенью (в октябре месяце) и весной (в апреле и мае).

3. По возрасту пик суицидов приходится на 15-16 лет и практически не встречается у детей до 8 лет. По половой принадлежности больше склонны к суицидам мальчики. Не попадали в поле зрения психиатра 92% детей и подростков, совершивших суицид.

Суицидальная активность зависит от целого ряда факторов. Установлено, что вероятность возникновения суицидального поведения возрастает:

- a) в вечернее, ночное и утреннее время, когда человек предоставлен сам себе, остается со своими мыслями и переживаниями;
- b) в период «пиков возрастной суицидальности» (между 17 и 24 годами, а также между 40 и 50 годами);
- b) в условиях тяжелой моральной психологической обстановки.

**Суицид** – это психологическое явление и, чтобы понять его нужно понять душевное состояние человека, который решил покончить с собой.

**Психология самоубийства** - есть, прежде всего, психология безнадежности, замыкания человека в самом себе, своей собственной тьме.

Признаки, характерные для человека, склонного к самоубийству:

- словесные;
- поведенческие;
- ситуационные.

### Словесные признаки

Человек, готовящийся совершить самоубийство, часто говорит о своем душевном состоянии: «я собираюсь покончить с собой»; «я не могу так дальше жить»; «я больше не буду ни для кого проблемой»; «тебе больше не придется обо мне волноваться». Многое шутит на тему самоубийства. Проявляет недоворую заинтересованность вопросами смерти.

### Поведенческие признаки

- Раздаёт другим вещи, имеющие большую личную значимость, окончательно приводит дела, мирится с давними врагами.
- Демонстрирует радикальные перемены в поведении.
- Проявляет признаки беспомощности, безнадежности и отчаяния.

### Ситуационные признаки

- Человек может решиться на самоубийство:
- a) если социально изолирован (не имеет друзей или имеет только одного друга), чувствует себя отверженным;
  - b) если живет в нестабильном состоянии (серьезный кризис в семье - в отношениях к родителям или родителей друг с другом; алкоголизм - личная или семейная проблема);

- в) если ощущает себя жертвой насилия - физического, сексуального или эмоционального;
- г) если предпринимал попытку суицида ранее;
- д) если имеет склонность к самоубийству вследствие того, что оно совершалось кем-то из друзей, знакомых или членов семьи;
- е) если перенёс тяжелую потерю (смерть кого-то из близких, развод родителей);
- ж) если настроен слишком критически по отношению к себе.

**Как правило, суицид не происходит без предупреждения!** Большинство подростков, которые пытаются покончить с собой, почти всегда предупреждают о своем намерении: говорят либо о том, что они оказались в безвыходной ситуации и думают о смерти. О своих планах расстаться с жизнью не делятся с окружающими лишь немногие. Кто-то из друзей оказывается в курсе дела всегда.

*Индикаторы суицидального риска* - это особенности сложившейся ситуации, настроения, деятельности и высказываний человека, которые увеличивают степень риска суицидального поведения.

*Ситуационные индикаторы суицидального риска:*

- смерть, измена любимого человека;
- вынужденная социальная изоляция, особенно от семьи или друзей (эмиграция, вынужденное переселение, тюремное заключение, переезд на новое место жительства);
- сексуальное насилие;
- нежелательная беременность;
- «потеря лица» - позор, унижение.

*Поведенческие индикаторы суицидального риска:*

- а) злоупотребление психоактивными веществами, алкоголем;
- б) уход из дома;
- в) самоизоляция от людей и жизни;
- г) резкое снижение повседневной активности;
- д) изменение привычек, например, несоблюдение правил личной гигиены, ухода за внешностью;
- е) предпочтение тем разговора и чтения, связанных со смертью и самоубийствами;
- ж) частое прослушивание траурной или печальной музыки;

*Коммуникативные сигналы суицидального риска:*

- 1) прямые или косвенные сообщения о суицидальных намерениях («Хочу умереть» - прямое сообщение, «Скоро все это закончится» - косвенное);
- 2) шутки, иронические высказывания о желании умереть, о бессмыслиности жизни также относятся к косвенным сообщениям.

*Эмоциональные индикаторы суицидального риска:*

- депрессивное настроение: безразличие к своей судьбе, подавленность, безнадежность, беспомощность, отчаяние;
- переживание горя.

*Когнитивные индикаторы суицидального риска:*

- 1. Негативная оценка своей личности, окружающего мира и будущего.
- 2. Степень суицидального риска прямо связана с тем, имеются ли у человека только неопределенные редкие мысли о самоубийстве («хорошо бы заснуть и не проснуться») или они постоянны, оформилось намерение совершить самоубийство («я это сделаю, другого выхода нет») и появился конкретный план, который включает в себя решение о методе самоубийства, средствах, времени и месте.
- 3. Чем более обстоятельно разработан план, тем выше вероятность его реализации.
- 4. Существенное значение имеет доступность средств суицида.

### **Кризисная реабилитация суицидального поведения**

*Профилактика* суицидального поведения может решать различные задачи: контроль и ограничение доступа к различным средствам аутоагgressии; контроль факторов и групп риска; оказание медико-психологической помощи конкретной личности.

*Психологическая превенция суицида* (предотвращение суицидального поведения) осуществляется преимущественно в форме обучения распознаванию суицидальных проявлений и оказанию своевременной помощи близким людям.

Психологическую помощь человеку с уже сформированным суицидальным поведением принято называть *кризисной интервенцией* (*преодоление, коррекция, реабилитация*).

Ведущим методом в этом случае выступает кризисное консультирование, а его целью - удержание человека в живых. Согласно результатам исследований Федерального научно-методического суицидологического центра (Российская Федерация), покушения на самоубийство совершаются: *здоровыми людьми, лицами с пограничными нервно-психическими расстройствами, лицами, страдающими психическими заболеваниями*.

Для первых двух групп, прежде всего, предназначена телефонная служба медико-психологической помощи - *Телефон экстренной психологической помощи* (*Телефон доверия*). Кризисное консультирование также осуществляется в условиях специализированных центров и кабинетов. Для лиц, страдающих психическими заболеваниями, имеются суицидологические кабинеты при психоневрологических диспансерах и специализированные отделения психиатрических больниц.

Особенно актуальна психологическая помощь людям с *острыми суицидальными реакциями*, подавляющее большинство которых являются практически здоровыми людьми. Суицидоопасные реакции проявляются на нескольких уровнях личност-

ного функционирования. В аффективной сфере это интенсивные отрицательные эмоции (тревога, одиночество, отчаяние, тоска, обида). В когнитивной области возникает неадаптивная концепция ситуации с пессимистической оценкой настоящего и будущего, с искаженным восприятием времени. Нарушения личностной идентификации затрагивают самооценку, снижают способность принимать решения, нарушают уверенность в переносимости аффективного напряжения. Поведение часто бывает импульсивным, непродуктивным. Считается, что период острых суицидальных реакций в среднем длится около месяца.

Главная цель неотложной помощи – это предотвратить дальнейшее развитие реакции и покушение на самоубийство. Для этого человеку требуется помочь в овладении ситуацией, а также коррекция неадаптивных личностных установок, обусловливающих развитие кризисных состояний и суицидальных тенденций. Мы должны исходить из того, что кризис - следствие не столько обстоятельств, сколько негативного отношения к ним. В большинстве случаев имеет место ситуация, когда семейные, профессиональные или социальные ценности обладают большей значимостью, чем собственная жизнь. Наблюдается стойкая фиксация на психотравмирующих событиях.

#### **Шаги неотложной помощи - кризисной интервенции (реабилитации)**

Решающее значение имеет *первый шаг - беседа (1,5-2 часа).*

Первая важная задача - *установление контакта и достижение доверия*. Для этого необходимо убеждать клиента в эмоциональном принятии («Что бы я мог сделать для вас?»), поощрять открытое выражение мыслей и чувств с помощью сострадательной эмпатии, уменьшать напряжение через «выговаривание». На данной стадии также необходимо провести *оценку обстоятельств и степени угрозы суицида*.

Угроза суицида «1» - у обратившегося лица были суицидальные мысли, но он не знает, как и когда он их осуществит («Я больше так не могу...»; «Лучше бы я умер...»).

Угроза суицида «2» - у обратившегося лица есть суицидальные мысли и план, но он говорит, что не собирается покончить жизнь немедленно («У меня уже есть таблетки снотворного, и если ничего не изменится к лучшему...»).

Угроза суицида «3» - обратившийся либо собирается тут же покончить с собой (нож или таблетки лежат рядом, если он звонит по телефону), либо в процессе разговора, либо сразу после него.

В последнем случае (если угроза реальна и решение принято) беседа может быть направлена на достижение решения об отсрочке его выполнения.

В первых двух случаях целесообразно и возможно реализовать *второй шаг - интеллектуальное*

*овладение ситуацией*. С помощью специальных вопросов и утверждений необходимо преодолеть чувство исключительности ситуации: «Такие ситуации встречаются нередко». Также с помощью включения актуальной ситуации в контекст жизненного пути следует снять ощущение ее внезапности и не преодолимости. Уменьшить остроту переживания можно с помощью подчеркивания, что есть время на обдумывание, или концентрации на предыдущих достижениях и успехах. На данном этапе беседы также используются такие приемы, как повторение содержания высказывания, отражение и разделение эмоций, вербализация суицидальных переживаний, поиск источников эмоций («Что именно вас так беспокоит?»).

*Третий шаг - заключение контракта* - планирование действий, необходимых для преодоления критической ситуации и наиболее приемлемых для пациента. Например, при необратимых утратах возможен поиск лиц из ближайшего окружения, с которыми пациент смог бы сформировать новые значимые отношения. На этом этапе важно препятствовать уходу пациента от сути кризиса и от поиска позитивных альтернатив (прием «фокусирования на ситуации»).

Основные приемы:

- интерпретация (гипотезы о возможных способах разрешения ситуации);
- побуждение к планированию и оформление ясного конкретного плана;
- удержание паузы («одобряющее молчание») с целью стимулирования инициативы пациента и предоставления необходимого времени для проработки.

*Четвертый шаг - активная психологическая поддержка и повышение уверенности в своих силах.*

Ведущие приемы на этом этапе:

- а) логическая аргументация;
- б) убеждение;
- в) рациональное внушение;
- г) актуализация личностных ресурсов.

На завершающем этапе кризисной работы следует также обсудить то, каким образом преодоление данной психотравмирующей ситуации будет полезным для преодоления жизненных трудностей в будущем.

Таким образом, *ведущая задача кризисной интервенции - коррекция суицидальных установок человека*. Результатом работы должны стать следующие убеждения клиента:

- 1) что тяжелое эмоциональное состояние временно и улучшится в ходе терапии;
- 2) что другие люди в аналогичных состояниях чувствовали себя также тяжело, а затем их состояние полностью нормализовалось;
- 3) что жизнь обратившегося лица нужна его родным, близким, друзьям, а его уход из жизни станет для них тяжелой травмой.

В крайнем случае, можно попытаться убедить суицидента в том, что каждый человек имеет право распоряжаться своей жизнью, но решение этого важнейшего вопроса лучше отложить на несколько дней или недель, чтобы спокойно его обдумать. В целом *эффективность работы с суицидальным поведением зависит от точности выявления суицидального риска и мотивации суицидальных намерений.*

Помимо оказания кризисной помощи, целесообразна дальнейшая работа, ориентированная на более глубокие личностные изменения - *поственция и вторичная интервенция*. На данном этапе возможно применение различных методов и методик. Хорошо зарекомендовали себя позитивная и когнитивная психотерапия, логотерапия, аксиопсихотерапия, терапия творческим самовыражением, духовная психотерапия.

В работе с людьми, имеющими суицидальные проявления, особенно важно проявлять деликатность и уважать право личности на собственный выбор. Парадоксальность ситуации превенции (предотвращения) суицида заключается в том, что в свете современных гуманистических взглядов любой взрослый человек действительно имеет право распоряжаться своей жизнью по своему усмотрению, но другие люди при этом имеют право помочь ему пересмотреть свое решение.

Помощь в случаях суицидального поведения на фоне психических расстройств (психические заболевания, алкоголизм, наркомания) осуществляется в соответствии с Кодексом «О здоровье народа и системе здравоохранения» (2009).

В заключении следует добавить, что рассмотрение стратегии интервенции основных форм отклоняющегося поведения носят обобщенный характер и требуют адаптации к конкретной ситуации и личности.

### **Предотвращение суицидального поведения**

#### **Важно знать, что**

- тот, кто говорит о суициде, совершает суицид;
- суицид не передается по наследству;
- суициденты, как правило, психически здоровы;
- суицид - это не просто способ обратить на себя внимание;
- суицидальные подростки считают, что их проблемы серьезны;
- суицид - следствие не одной неприятности, а многих;
- самоубийство может совершить каждый.

#### **Важная информация!**

Предотвратить самоубийство может только близкий человек, которого отчаявшийся считает своим другом!

От заботливого, любящего друга зависит многое. Он может спасти потенциальному суициденту жизнь.

А теперь представьте, что кто-то поделился с вами своей тайной, - сказал, например, что хочет покончить с собой. Согласитесь, если бы он тебе не доверял, то и секретами бы не делился. И заговорил он с вами, возможно, именно потому, что умирать-то он не хотел. К вам он обратился потому, что верил: «Понять его сможете только вы»!

Если замечена склонность к суициду... *Как удержать человека от самоубийства?*

Распознавание суицидальной опасности, разговор с суицидентом о его намерениях - это первая помощь.

Одно из важных отличий суицидоопасного состояния - ощущение себя «вне» общества. Поэтому важнейшим принципом первой помощи при суицидальной опасности является требования к консультанту - добровольцу или профессиональному - задавать вопросы о самоубийстве, не избегать этой темы. Это действительно важно: проявлять интерес, но не оценивать, не осуждать и не пытаться переубедить собеседника.

1. Внимательно выслушайте решившегося на самоубийство подростка. В состоянии душевного кризиса, прежде всего, необходим кто-нибудь, кто готов выслушать.
2. Оцените серьезность намерений и чувств ребенка.
3. Оцените глубину эмоционального кризиса.
4. Внимательно отнеситесь ко всем, даже самым незначительным, обидам и жалобам.
5. Не бойтесь прямо спросить подростков, не думают ли они о самоубийстве. Опыт показывает, что такой вопрос редко приносит вред.

*Пять вопросов*, которые нужно узнать о настоящем моменте:

- 1) спросить о мыслях: «О чём ты сейчас думаешь?»;
- 2) спросить о душевном состоянии: «Что ты сейчас чувствуешь?»;
- 3) о физическом состоянии: «У тебя что-нибудь болит?»;
- 4) спросить о его действиях: «Почему ты хочешь это сделать?»;
- 5) узнать о душевном состоянии: «Опиши мне твоё настроение».

#### **Что надо делать?**

Отнеситесь серьёзно ко всем угрозам. Отстаивайте свою точку зрения, что самоубийство - это неэффективное решение всех проблем.

Прибегните к помощи авторитетных людей.

Заключите соглашение о несовершении самоубийства.

Обратитесь к психотерапевту.

Останьтесь с подростком; если вам нужно уйти, оставьте его на попечение другого взрослого.

Поговорите с кем-нибудь о ваших опасениях.

Если вы не знаете, что делать, обратитесь к школьному психологу или в специальную службу психологической помощи.

### **Чего не надо делать?**

Не говорите: «Посмотри на всё, ради чего ты должен жить».

Не вдавайтесь в философские рассуждения, то есть не полемизируйте о том хорошо или плохо совершать самоубийство.

Не пытайтесь применять прямо противоположные психологические приёмы на подростке, помышляющем о самоубийстве.

Не оставляйте там, где находится ребёнок, лекарство, оружие, режущие предметы.

Не пытайтесь выступить в роли судьи.

Не думайте, что подросток ищет только внимания.

Не оставляйте ребёнка одного.

Не держите в секрете то, о чём вы думаете.

Суицид преодолим, решение данной проблемы не безнадежно, если вспомнить, что почти в 80% случаев самоубийство - это результат дееспособ-

ной воли и рационально заостренного сознания.

Правильно выбранный путь решения проблемы - это уже наполовину ее решение.

Один из психотерапевтических подходов к разрешению проблем внутренней готовности личности к суициду - это переключение сознания личности на какие-то заботы альтруистического характера.

### **Необходимо учить подростков**

- сосредотачивать своё внимание на хорошем;
- благосклонно принимать любезные, приятные слова;
- стараться иметь о себе положительное мнение;
- заботиться о себе с помощью физических упражнений и рационального питания;
- помнить, что нет ничего плохого в том, чтобы попросить о помощи;
- справляться со стрессом.

Если вы слышите:	Скажите:	Не говорите:
Ненавижу учиться, ненавижу школу.	Что происходит в школе, что заставляет тебя так чувствовать?	Когда я был в твоём возрасте... Да ты просто лентяй!
Всё кажется таким безнадёжным.	Иногда все мы чувствуем себя подавленными. Давай посмотрим, какие у нас проблемы, и какую из них нужно решить в первую очередь.	Подумай лучше о тех, кому ещё хуже, чем тебе.
Всем было бы лучше без меня!	Ты очень много значишь для меня, и меня беспокоит твоё настроение. Скажи мне, что происходит?	Не говори глупостей. Давай поговорим о чём-нибудь другом.
Вы не понимаете меня!	Расскажи мне, как ты себя чувствуешь. Я действительно хочу это знать.	Кто же может понять подростков в наши дни?
Я совершил скверный поступок. Я такое натворил!	Давай сядем, поговорим об этом.	Что посеешь, то и пожнёшь.
А если у меня не получится?	Если не получится, я буду знать, что ты сделал всё возможное.	Если не получится, значит, ты недостаточно старался.

Мы можем пережить большое горе,  
Мы можем задыхаться от тоски,  
Тонуть и выплывать, но в этом море  
Всегда должны остаться островки.  
Ложась в кровать, нам нужно перед сном  
Знать, что завтра просыпаться стоит,  
Что счастье, пусть хоть самое простое,  
Пусть тихое, придёт к нам завтра днём...

---

## **ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.**

УДК 616.89; 615.832.9; 615.851

### **ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ**

С.А. Исмаилова

заведующая Центром психического здоровья детей, подростков и их семей  
ГУПОПНД, г. Павлодар (РК)

Психосоциальная концепция развития личности, разработанная известным психологом Эрикссоном, показывает тесную связь психики человека и характера общества, в котором он живет. Формирование Эго-идентичности - длительный процесс и включает ряд известных стадий развития личности. Каждая стадия характеризуется задачами этого возраста, а задачи выдвигаются обществом.

Существующая со времен З. Фрейда «иерархия развития» означает, что человек не может одолеть полностью последующую ступень в развитии, если полностью не прошел предыдущую.

В раннем возрасте в большинстве случаев причиной расстройств является тесная связь между матерью (чаще всего) и ребенком. Отношения такого рода формируются чаще всего в раннем возрасте. Речь идет о пугливых детях и таких же боязливых материах, которые не позволяют детям самостоятельности. Чрезмерная связь между матерью и ребенком не позволяет ему свободно развиваться и отделяться от матери. Чрезмерная опека, запрет на критику ребенка, часто испытываемое чувство вины - характерные черты таких матерей. Отец играет, как правило, второстепенную роль; он скорее пассивен и мало занимается вопросами воспитания. Поэтому он тоже не в состоянии противостоять воспитательным подходам матери. Результатом бывает отсутствие в семье достаточного порядка, ограничений и руководства. Нет также четкого распределения ролей между поколениями. Характерен особый стиль коммуникаций в семье в виде двойной связи, при которой вербальное требование или сообщение и эмоциональный контекст не совпадают, что приводит к созданию внутреннего конфликта и напряжению у ребенка. При этом ребенку запрещается делать возникшую парадоксальную реакцию предметом обсуждения и как-то прояснить её. В ответ у ребенка формируются парадоксальные реакции, воспроизводящие эти двойственные отношения, и возникает повышенная зависимость от доминирующего родителя. В результате образовавшейся симбиотической связи ребенок не чувствует страха только под контролем матери или отца и поэтому самостоятельно развиваться не может.

Таким образом, возникает порочный круг, который не могут разорвать ни дети, ни семья, и который определяется как нарушение общей семейной сис-

темы в результате нарушений в диадических отношениях Мать-Ребенок. Эти семьи характеризуются недостаточной закрытостью родительской системы, недостаточными границами между родителями и ребенком и неспособностью родителей поставить ребенка лицом к лицу с требованиями реальности.

В школьном возрасте повышенные и одновременно разные требования учителей и родителей не соответствует реальным возможностям и потребностям ребенка. Нередко дети чувствуют себя перегруженными из-за чрезмерных ожиданий родителей. Если способность ребенка к росту подвергается чрезмерной нагрузке, то это приводит к задержке развития во всех отношениях.

Самая опасная ошибка в воспитании давать ребенку предписания, которые родители сами не выполняют. Если ребенок обнаружит, что родители не делают того, что говорят, - у него исчезает уважение к ним, появляется сомнение в их порядочности, а одновременно и ко всем авторитетам.

Некоторые родители склонны компенсировать на детях свое внутреннее чувство неудовлетворенности и напряжения в виде раздраженно-нетерпеливого отношения, повышенного эмоционального тона и физических наказаний.

Иногда хуже расти при постоянных родительских ссорах, чем отказаться от одного из родителей, так как за внешней маской благополучия они скрывают неприязненные чувства друг к другу, проявляя их в полной мере на ребенке.

Особое внимание Адлер уделял коррекции изнеженности в характере детей, которая, как и чувство физической неполноценности, считается отправной точкой для болезненного развития их личности. Воспитание по типу «гиперопеки» и изнеженности подавляют у ребенка инстинкт самосохранения. Дети с подавленным инстинктом самосохранения в будущем подвержены различным девиациям, склонны к развитию зависимостей. «Инстинкты - это форма и рабочий инструмент самообновления организма и в частности нервной системы» (Анна Фрейд, 1964).

Если правильно (по делу) наказывать ребенка, то это косвенно говорит о силе родителя, это значит, что он таким же путем защитит его от чужого нападения. Таким образом, ребенок чувствует себя защищенным в социуме, а безопасность - это основ-

ной принцип который является предпосылкой к самообновлению, то есть к развитию.

Борнеманн Эрнест (1985) констатирует, что трёх наиболее важными качествами, в которых нуждается человек сегодняшнего индустриального общества являются:

- формирование здорового Я;
- устойчивость к физическим и психосоматическим болезням;
- сопротивляемость социальным расстройствам (отчуждению, овеществлению).

Важнейшими влияниями, в детстве благоприятствующими выработке таких свойств, являются родительская любовь без баловства. Это то, что создается вокруг желанных детей, без разницы, рождены они или усыновлены (удочерены) любящей парой или о них заботятся любящие воспитатели. А также устойчивая система связей с двумя зрелыми лица-

ми уравновешенного характера разного пола, это не обязательно должны быть родители. Если о ребенке заботится только одно лицо, то при благоприятных обстоятельствах дети могут стать здоровыми зрелыми взрослыми, но им для этого потребуется больше сил и риск неудачи больше.

Воспитывать детей - значит поддерживать их способность к самообновлению, которую необходимо постоянно стимулировать для того, чтобы ребенок во взрослом состоянии стал самостоятельным, уверенным в себе, понимал моральные ценности, и мог противостоять произволу. Способность человека к самосохранению определяет его будущую жизнь не как судьба, а как техника и искусство жизни.

Каган В.Е. (1987) доказал, что дети, даже не пройдя полностью некоторых стадий развития, могут одолеть последующие ступени и наверстать упущенное.

УДК 616.89; 615.832.9; 615.851

## ДЕТСКИЙ ПСИХИЧЕСКИЙ ИНФАНТИЛИЗМ

Е.Н. Миронова

врач первой категории, психотерапевт ГУ ОПНД ЦПЗДП

На современном этапе развития психиатрических знаний проявления психического инфантилизма должным образом не анализировались, ограничиваясь традиционным постулированием недозрелости или несформированности неких психических функций (Циркин С.Ю., 2004). Между тем распространность психического инфантилизма, по данным психиатрической эпидемиологии детского возраста, довольно значительна - 1,6% (Тиганов А.С., 1999).

По данным некоторых авторов (Лебединская К.С., 1969; Сосюкало О.Д. и др., 1978, 1980) инфантилизм может служить почвой для нервно-психических расстройств. При этом указывается на то, что инфантилизм является предрасполагающим фактором к непсихотическим психопатоподобным нарушениям поведения и к психопатоподобным и неврозоподобным картинам при шизофрении. Также установлены определенные корреляции между инфантилизмом и типами акцентуаций характера. Истероидный и лабильно-истероидный, неустойчивый и конформный типы встречаются чаще, заметно реже – эпилептоидный. (Мельникова В.И., Шишулин В.П., 1979). В. J. Lindberg (1950) указывает, что психический инфантилизм - это неспецифический синдром, выявляемый при многих нервнопсихических заболеваниях, в том числе и при психопатиях, и связанный с теми же причинами, которые вызывают любые нервнопсихические расстройства. Автор акцен-

тирует внимание на общности психопатий и психического инфантилизма. Ряд немецких авторов, исходя из учения Е. Кречмера об асинхрониях развития, а также на основании характерности инфантильной структуры личности для пациентов с пограничными состояниями, считали что на фоне инфантилизма, независимо от того приобретен он или врожден, формируются психопатии и психосоматические болезни. Однако сам Е. Кречмер считал инфантилизм результатом нарушения синхронного созревания эмоционально-волевых и интеллектуальных функций.

Термин «инфантанизм» был введен Е. Lasegue в 1864 г. Он обозначает относительно равномерную задержку темпа психического и физического развития человека. Психический инфантилизм незрелость личности с преимущественным отставанием в развитии эмоционально-волевой сферы и сохранением детских качеств личности (Тиганов А.С., 1999).

В психиатрии симптомы психического инфантилизма у взрослых людей рассматриваются в рамках изменений личности при различных психических заболеваниях (E. Kraepelin). По отношению к детям с задержками развития термин «психический инфантилизм» был введен в начале XIX в. немецким психиатром G. Anton, но он рассматривал его как «парциальный инфантилизм» (в отличие от «тотального инфантилизма» при олигофрении).

В раннем детском возрасте в связи с присущей ему физиологической гипертимией и большой зависимостью эмоциональных характеристик от условий социальной среды воспитания и индивидуальных особенностей установление психического инфантилизма, особенно его легких форм, затруднено. Однако педиатры и неонатологи (Долецкий С.Я., 1976; Гаврюшов В.В., 1982) отмечали инфантильные особенности эмоционально-волевой сферы и личности детей, формирующиеся в условиях длительной и частичной госпитализации, при повторных хирургических операциях и др. Исходя из анализа психологических и психопатологических проявлений, М.О. Гуревич (1932) и В.В. Ковалев (1985) считали, что наряду с эмоционально-волевой незрелостью для психического инфантилизма в детстве характерны «моторный инфантилизм» и большая или меньшая пограничная интеллектуальная недостаточность.

Причинами психического инфантилизма, чаще всего, являются относительно легкие поражения головного мозга - инфекционные, токсические и другие, включая травмы и асфиксию плода. Особенно неблагоприятными считаются в этом отношении последний триместр внутриутробного периода и период родов. Предполагается также избирательность поражения функциональных систем головного мозга, определяющаяся асинхронностью их интенсивного формирования и тропностью действия того или иного фактора в соответствующий, наиболее чувствительный период. Не меньшая роль в генезе инфантилизма отводится и конституционально-генетической предрасположенности, а также психогенным факторам в виде особенностей воспитания - гипоопеки или гиперопеки, деспотического воспитания и т.п. (Лебединская К.С., 1982; Ковалев В.В., 1985).

Различают 4 основных варианта инфантилизма: гармонический (простой), дисгармонический, органический и психогенный.

*Простой гармонический инфантилизм* – это равномерная задержка темпа и физического и психического развития, проявляющегося в первую очередь незрелостью эмоционально-волевой сферы, а затем и личности в целом. Считается, что созревание в этом случае отстает от нормы на 1-3 года. Это отражается как на поведении ребенка, так и на его возможностях социальной адаптации. Клиническая картина простого инфантилизма характеризуется чертами незрелости, «детскости» в somatическом и психическом облике. Дети выглядят младше своего возраста и отличаются грацильностью. По данным В.В. Ковалева (1985), полной нормализации личностных свойств не наступает и простой инфантилизм, отмечаемый в детском и пубертатном возрасте, сменяется личностной дисгармонией и завершается акцентуацией характера или психопатией преимущественно неустойчивого или истероидного типа.

Простой инфантилизм в клинической практике встречается редко и чаще на уровне субклинического состояния.

*Дисгармонический инфантилизм* отличается сочетанием признаков психической незрелости, свойственной простому инфантилизму с отдельными патологическими чертами характера, такими как аффективная возбудимость, конфликтность, лживость и хвастовство, эгоизм, капризность, повышенный интерес к социальным эксцессам. Отдельные патологические черты характера обнаруживаются уже на 1-2-м году жизни в виде упрямства, реакций протesta, стремления настоять на своем, обидеть близких, сделать им больно. У детей старшего возраста черты незрелости эмоционально-волевой сферы «перекрываются» девиантным поведением и патологическими чертами характера. Структура и возрастная динамика дисгармонического инфантилизма позволяют расценивать его как этап формирующейся психопатии.

*Органический инфантилизм* чаще всего возникает на основе рано перенесенных органических поражений мозга вследствие мозговых инфекций и травм. В связи с этим он представляет промежуточную форму патологии между дизонтогенетическими и энцефалопатическими вариантами пограничной интеллектуальной недостаточности. В клинической картине, как и при простом инфантилизме, имеются признаки незрелости эмоционально-волевой сферы - непосредственность, повышенный интерес к игровой деятельности, неспособность к занятиям, требующим волевого усилия и внимания, повышенная внушиаемость. Однако качество инфантилизма в этих случаях иное - «органически окрашенное». У детей отсутствуют живость, веселость. Они скорее эйфоричны, благодушны, растроможены, их игра более бедна, однообразна, лишена воображения и фантазии. Привязанности и эмоциональные проявления менее глубоки и дифференцированы. В отличие от детей с неосложненным инфантилизмом у них чаще встречаются отдельные дисплазии органов и систем.

При психологическом исследовании у таких детей обнаруживается конкретность мышления и менее выраженная способность к использованию помощи. Интеллектуальная деятельность их характеризуется инертностью, тугоподвижностью, плохой переключаемостью. В выраженных случаях дифференциальный диагноз с олигофренией бывает затруднен. Решающее значение при этом имеет структура интеллектуальных нарушений. При органическом инфантилизме преобладают недостаточность эмоционально-волевой сферы и нарушения, так называемых предпосылок интеллекта (внимания, памяти, темпа работоспособности), в то время как собственно интеллектуальная слабость, недостаточность функции обобщения у них, хотя и имеется, но не является ведущей в клинической картине. Дина-

мика этого варианта инфантилизма менее благоприятна. По данным катамнестических исследований (Юркова И.А., 1959, 1971), значительная часть таких детей переводится во вспомогательную школу, другие - нуждаются в обучении в специальных условиях. Некоторые авторы относят органический инфантилизм к вариантам олигофрении (Гуревич М.О., 1932; Мнухин С.С., 1968).

К вариантам осложненного инфантилизма относится весьма распространенный церебрастенический вариант (Ковалев В.В., 1973). Интеллектуальная недостаточность при этом определяется сочетанием признаков детскости с симптомами раздражительной слабости (повышенная возбудимость, неустойчивость внимания, двигательная расторможенность, легкая истощаемость, нарушения соматовегетативной регуляции). Проявления инфантилизма имеют менее яркий характер по сравнению с простым вариантом инфантилизма. Чаще встречаются черты повышенной тормозимости в незнакомой обстановке.

Близок к церебрастеническому невропатический вариант инфантилизма. В структуре личности при этом также выражены астенические радикалы психического инфантилизма: повышенная тормозимость, робость, пугливость, внушаемость, несамостоятельность, чрезмерная привязанность к матери, трудность адаптации в условиях детских учреждений. Изучение катамнеза таких детей (Буянов М.И., 1973; Рейдбайм М.Г., 1974) показывает, что при неблагоприятных условиях воспитания и обучения при невропатическом инфантилизме обнаруживается выраженная тенденция к закреплению астенических черт личности либо в рамках тормозимого варианта патохарактерологического формирования личности, либо в плане становления астенической психопатии.

При эндокринных вариантах клиническая картина определяется сочетанием признаков инфантилизма с особенностями психики, типичными для того или иного типа гормональной дисфункции. Так, при гипогенитализме характерны черты инфантилизма в сочетании с вялостью, медлительностью, несобранностью, рассеянностью, бесплодным мудрствованием. При гипофизарном субназиме признаки незрелости сосуществуют с чертами старообразности в физическом и психическом облике, склонностью к педантизму, рассуждениям со слабостью волевого усилия, расстройствами внимания и логической памяти.

Недостаточно изученным остается особый вариант инфантилизма - *психогенный инфантилизм* (Кириченко Е.И., 1979; Лебединская К.С., 1982). Этот вариант рассматривается как выражение аномального формирования личности в условиях неправильного воспитания. Формирующиеся в случаях депривации аффективная незрелость и повышенная лабильность, отсутствие внутренних запретов опреде-

ляются неправильным воспитанием или длительной эмоциональной и социальной фрустрацией. С возрастом формируется эмоционально-незрелая личность. При воспитании по принципу гиперпротекции наряду с инфантильностью ярко выступает эгоцентризм, неумение считаться с окружающими, крайняя несамостоятельность, пассивность, психическая невыносливость, неспособность к напряжению. Деспотичное воспитание детей с физическими наказаниями и постоянными запретами способствует выработке и закреплению эмоционально-волевой незрелости в виде сниженной инициативной активности, недостаточной самостоятельности, нерешительности. Но всем разновидностям психогенного инфантилизма свойственны социальная незрелость личности в виде недостаточности или отсутствия высших этических установок и системы идеалов. У таких детей остаются недостаточно сформированными позитивно направленные социальные и интеллектуальные интересы, потребность в труде, чувство долга, отмечается искаженное понимание своих социальных обязанностей, своего будущего. Все это составляет основу девиантного поведения таких детей.

Безусловно, что чисто биологическим факторам принадлежит решающая роль в происхождении многих форм психического инфантилизма, социальные же факторы на том или ином возрастном этапе регулируют степень компенсации или декомпенсации инфантильной личности.

Нарушения и особенности развития психики у детей могут быть очень разнообразны, что касается вопросов психического инфантилизма, то на сегодняшний день они являются, как и много лет назад, одной из наименее разработанных медико-социальных проблем. Разнообразное толкование природы психического инфантилизма и отсутствия единого мнения в вопросах этиологии и клиники указывают на сложность этой патологии и требуют дальнейших исследований.

#### *Список литературы:*

1. Исаев, Д.Н. *Психическое недоразвитие у детей* / Д.Н. Исаев - Л.: Медицина, 1982. – 224 с., ил.
2. Ковалев, В.В. *Психиатрия детского возраста (руководство для врачей)* // В.В. Ковалев. - М.: Медицина, 1979. – 608 с.
3. Петрова, В.Г. *Кто они, дети с отклонениями в развитии?* / В.Г. Петрова, И.В. Белякова. - М.: Флинта: Московский психолого-социальный институт, 1998. – 104 с.
4. Сухарева, Г.Е. *Клинические лекции по психиатрии детского возраста (клиника олигофрении)* / Г.Е. Сухарева. - М.: Медицина, 1965. – 337 с.
5. Тиганов, А.С. *Руководство по психиатрии* / А.С. Тиганов. - Издательство: Медицина, 1999. - Том 1.

---

---

## ИНФОРМАЦИЯ И ОБЗОРЫ

УДК 616.89

### АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ (обзор литературы)

М.Е. Жиенбаев

врач-психиатр ГУ «Экибастузский психоневрологический диспансер»  
(г. Экибастуз, Павлодарская обл., Республика Казахстан)

Зависимость от психоактивных веществ – это группа заболеваний, которая включает в себя обширный спектр психопатологических синдромов и симптомов. Синдромальный профиль определяет специфичность наркологической патологии в рамках конкретной нозологии. В свою очередь симптоматическая детализация в пределах одного синдрома дает возможность судить о болезни у реального пациента, что позволяет говорить о практическом клиническом подходе к диагностике и лечению. Другими словами, используя дедуктивный способ диагностического поиска, проводится последовательное выявление деталей и частностей из общего целого, что позволяет «лечить не болезнь, но конкретного пациента».

В связи с этим, нам представляется интересным рассмотрение вопроса внутрисиндромального разбора и анализа существующих закономерностей «совместного бега симптомов» на примере синдрома аффективных расстройств, используя существующие и освещенные в литературе подходы. Данный синдром выбран нами не случайно. Среди всех синдромальных образований именно он наиболее тесно связан с патогенетической сущностью заболевания и наиболее близко стоит к ведущему в клинике синдрому зависимости, а порой и определяет первичное патологическое звено последнего.

Выраженность эмоциональных проявлений у больных алкоголизмом во многом зависит от тяжести клинических признаков болезни, глубины психических нарушений. Так, для больных в начальной стадии алкоголизма больше характерна эмоциональная лабильность, которая во II стадии заболевания переходит в расторможенность, проявляющуюся в аффективно окрашенных отказных реакциях. А.В. Худяков отмечает, что по мере развития алкогольной зависимости у больных уменьшаются положительные эмоции и растут отрицательные. Данные научной литературы показывают при этом наличие стертых, маловыраженных нарушений в эмоционально-личностной сфере при отсутствии поведенческих проявлений аффективной патологии. Т.Г. Рыбакова и Т.Н. Балашова указывают, что в эмоциональном состоянии больных алкоголизмом, в отличие от здоровых людей, доминируют переживания депрессивного характера с чувством вины и опустошенностью. По данным В.В. Пушкиной, в управлении пове-

дением и деятельностью больных алкоголизмом мужчин чаще доминируют интеллектуальные эмоции в виде интереса и удивления. Для них характерен низкий уровень общей эмоциональности. Среди отрицательных эмоций они чаще переживают вину, используют выражение своих эмоций в основном через каналы экспрессии:

- интонацию;
- образность речи;
- мимику и громкость голоса.

Они тревожны, боятся трудностей, эмоционально неуравновешены и напряжены, более склонны к прямой вербальной и физической агрессии, чем к пассивной агрессии, часто манипулируют другими людьми для удовлетворения своих потребностей. Эмоциональная реакция на воздействие стимулов окружающей среды у больных алкоголизмом мужчин направлена внутрь, «застревает» в личности и остается в виде переживаний

Аффективные расстройства имманентно присущи всем этапам формирования и течения зависимости от алкоголя:

- 1) в периоде предболезни;
- 2) в структуре патологического развития личности;
- 3) в структуре патологического влечения к алкоголю;
- 4) в периоде; предшествующем приёму алкоголя;
- 5) во время приёма алкоголя;
- 6) в состоянии отмены; в структуре «протрагированного астенического синдрома отмены»;
- 7) на стадии токсической энцефалопатии и в период ремиссии.

По данным литературы, аффективные расстройства сочетаются с зависимостью от алкоголя в 32,5% – 85,0% случаев. Такой разброс объясняется тем, что сюда включены депрессивные нарушения эндогенной и эндореактивной этиологии, а также многочисленные расстройства настроения, входящие в структуру клиники алкогольной болезни, последние являются неоднородной по своему происхождению и по своей сущности группой неврозоподобных и субпсихотических состояний.

По мнению А.Ю. Магалифа, всё разнообразие аффективных расстройств по своему происхождению складывается:

- а) из аффективных нарушений из патологики преморбидной почвы;
- б) из аффективных нарушений в процессе алкогольной интоксикации;
- в) из аффективных нарушений как реактивно-невротических образований.

А.Г. Гофман и соавт. (1999) выделяют три возможных варианта развития аффективной патологии у больных алкоголизмом:

- 1) углубление конституциональных тенденций к депрессивному реагированию на различные отягочающие факторы или склонность к формированию аффективных нарушений на уровне циклотимии;
- 2) вторичные (нажитые) депрессивные нарушения, являющиеся проявлением токсического поражения мозга и формирующейся энцефалопатии;
- 3) невротические образования, включающие в себя депрессивную симптоматику.

Другими словами, преморбидные аффективные нарушения называются первичными, остальные – вторичными. Таким образом, алкоголь употребляется с целью повышения настроения, при этом «аффективные нарушения при опьянении, их динамика, несомненно, влияют на формирование алкоголизма». Со временем симптомы аффективного расстройства и симптомы зависимости становятся настолько взаимосвязанными, что невозможно определить, что первично, а что вторично.

Существует мнение, что есть «неспецифический механизм», который увеличивает тяжесть синдрома зависимости. Неспецифическая совокупность внешних экстремальных условий вызывает реакцию стресса и способна увеличить потребление алкоголя. Аналогичным образом действуют «индивидуальные внутренние факторы», которые обусловливают переход от эпизодического потребления алкоголя к злоупотреблению им, а от злоупотребления к алкоголизму. В качестве подобных факторов могут выступать: состояния напряжённости, обусловленные, в том числе, расстройствами обмена катехоламинов, снижение способности к ослаблению тревоги, возникающей вследствие отрицательных эмоциональных воздействий, нарушения адаптационных механизмов, преморбидные аномалии личности (nevротизация, выраженные акцентуации характера, патохарактерологическое развитие личности). Упомянутые расстройства могут быть как причиной, так и следствием аффективных расстройств. Также высказывается точка зрения о том, что под действием экзогенных возмущающих факторов происходит трансформация влечения к положительным эмоциям в болезненное влечение к алкоголю.

При этом рассматриваемые расстройства могут развиваться и независимо друг от друга, и в разные периоды времени. Существует закономерность, что стадия алкоголизма прямо пропорциональна глубине, аутохтонности аффективных расстройств и об-

ратно пропорциональна их обратимости.

Аффективные расстройства при алкоголизме отличаются полиморфизмом и изменчивостью. Снижение настроения, тревога, повышенная раздражительность, реже – апатия часто сочетаются с другими психопатологическими расстройствами. У подавляющего большинства больных аффективные нарушения включаются в рамки сложных синдромов (астено-депрессивного, тревожно-ипохондрического и др.). Наиболее частыми вариантами аффективных состояний у больных алкоголизмом являются депрессивный и дисфорический синдромы.

Во время острого периода алкогольного абстинентного синдрома выраженность депрессивно-тревожного аффекта тесно связана с тяжестью соматовегетативных, неврологических и инсомнических расстройств. Нередко депрессия сочетается с раздражительностью и истерическим поведением. К тревоге за своё психосоматическое состояние часто примешивается реакция на сложившуюся в связи с запоем трудную ситуацию. Тревожные проявления обычно редуцируются в течение 2 – 3 дней, а тоскливо-депрессивные расстройства с идеями самообвинения обнаруживают большую устойчивость и могут сохраняться от одной до двух недель.

Большинство характеристик аффективных расстройств в абстинентный период изучено, выявлены их патогенетическая основа. В их клинической картине преобладает «острота, сочность», и как следствие – они реже упускаются клиницистами из вида.

Иначе дело обстоит с аффективными нарушениями при миновании симптомов отмены в ранний и поздний постабstinентные периоды. В эти периоды аффективные симптомы теряют свою поверхностную связь с аддиктивной осью, становятся более размытыми, ажурными. Однако именно расстройства эмоций чаще всего являются двигателем зависимости, определяют ее прогредиентность и динамику в целом.

Аффективные нарушения в период становления ремиссии могут проявляться:

- как депрессивные личностные реакции на жизненные ситуации;
- как циклотимные и эндороактивные расстройства настроения, чаще депрессивного регистра.

Чаще всего в клинической практике встречается первый тип аффективных расстройств. Подавляющая часть из них актуализируется уже за пределами наркологического стационара, соответственно врачу-наркологу необходимо прогнозировать возможное их появление и динамику для адекватной коррекции и профилактики срыва. Данные реакции включают в себя:

- а) депрессивно-ипохондрические расстройства;
- б) депрессивно-апатические состояния;
- в) депрессивно-тревожные расстройства;
- г) депрессивно-дисфорические состояния;
- д) астено-депрессивные нарушения.

Таблица 1

*Аффективные расстройства в постабstinентный период (по А.Ю. Магалиф)*

Тип депрессивной реакции	Преморбидное основание	Характер течения зависимости	Течение постабstinентного периода	Клиническое проявление
Депрессивно-ипохондрическая	Ипохондрические черты характера	Длительное, безремиссионное течение	Ремиссия неустойчивая	Фиксация на соматических недугах, затушеванных ранее алкоголизацией, убежденность, что возобновление алкоголизации улучшит состояние
Депрессивно-апатическая	Синтонные, эмоционально лабильные, деловитые,	Многолетнее бытовое пьянство, без социального снижения	Чаще возникают после эмоционально-стрессовых методик, неустойчивая, особенно первые 3 месяца, высока вероятность рецидива	Грусть, безразличие, безынициативность
Депрессивно-тревожные	Тревожно-мнительные черты	Быстрый темп развития зависимости	Ремиссии длительные, вынужденные, пациенты боятся нарушить воздержание	Мрачность, раздражительность, эгоистичность, тревожность
Депрессивно-дисфорическая	Возбудимость, мрачность,	Тяжелое, многолетнее течение с регулярными запоями по типу диспомании	Стойкая ремиссия первые 3 месяца, затем резкое ухудшение ее качества с эпизодами псевдоабстиненции	Молчаливость, мрачная напряженность, склонность к словесной агрессии, недовольство и придиричивость
Астено-депрессивная	Астенические черты	Алкоголизация снимает застенчивость, появляется общительность, активность	Первоначально ремиссия хорошего качества, затем резкое снижение с астенией	Нарастает вялость, безынициативность, скука, сонливость. Больные жалуются на потерю интересов, однообразие жизни. Преобладает пониженное настроение, причина которого всегда объясняется больными внешними обстоятельствами, непреодолимыми препятствиями.

Таким образом, приведенные выше данные доказывают неоднородность клинической специфики аффективных нарушений в рамках алкогольной зависимости - с одной стороны. С другой стороны - показано, что по особенностям течения эмо-

циональных расстройств можно судить о масштабе алкоголизма и о прогнозе зависимости в каждом конкретном случае. Тактика лечения в каждом конкретном случае в обязательном порядке должна строиться на выделенных особенностях.

*Список использованной литературы:*

1. Бабаян, Э.А. Наркология / Э.А. Бабаян, М.Х. Гонопольский. – М.: Медицина, 1987. – С. 135-156.
2. Иванец Н.Н. Клиника алкоголизма / Н.Н. Иванец, А.Л. Игонин // Алкоголизм: руководство для врачей / Под ред. Г.В. Морозова, В.Е. Рожнова, Э.А. Бабаяна. - М.: Медицина, 1983. - С. 75-125.
3. Иванец, Н.Н. Руководство по наркологии / Н.Н. Иванец. – М.: Медпрактика, 2002. - Т. 1. - 444 с.
4. Кондрашенко, В.Т. Алкоголизм / В.Т. Кондрашенко, А.Ф. Скугаревский // Под ред. П.П. Волкова. - Минск: Беларусь, 1983. - 288 с.
5. Минко, А.И. Аффективные расстройства при зависимости от психоактивных веществ / А.И. Минко, И.В. Линский // Международный медицинский журнал. — 2003. — Т. 9, № 3. — С. 28–30.
6. Нарушения, связанные с приемом алкоголя / Под ред. Дж. Эдварса и др. — Женева, 1975. — 140 с.
7. Сиволап, Ю.П. Алкогольная болезнь мозга: патогенез, клинические формы, современные подходы к лечению / Ю.П. Сиволап // Ж. Психиатрия и психофармакотерапия – 2008. - № 2.

## АНАЛИЗ НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ АКТОВ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИХ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ДЕТСКОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

А.С. Каражанова

руководитель отдела клинической эпидемиологии Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН, г. Павлодар, РК), к.м.н.

Г.С. Смагулова

заместитель главного врача Павлодарского областного центра по профилактике и лечению зависимых заболеваний (ПОЦ ПЛЗЗ)

Ж.Х. Сексенова

заведующая поликлиническим наркологическим отделением ПОЦ ПЛЗЗ

В.В. Бала

заведующая отделом организационно-методической работы ПОЦ ПЛЗЗ

Б.А. Каргабаева

заведующая ОМО ОНД, г. Кызылорда

Проблема потребления наркотиков в современном Казахстане продолжает оставаться актуальной, что подтверждается данными заболеваемости и болезненности среди несовершеннолетнего населения Республики Казахстан (далее РК) (рисунки 1, 2, 3, 4). Несмотря на снижение всех показателей, деятельность медицинских организаций наркологического профиля в области первичной и вторичной профилактики наркозависимости должна быть приведена в соответствие с мировыми и отечественными стандартами оказания наркологической помощи.

В целях реализации пункта 28 Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты •аза•стан» на 2011–2015 годы, утвержденной постановлением Правительства Рес-

публики Казахстан от 29 января 2011 года № 41 была поставлена задача усовершенствования нормативных правовых актов в области наркомании среди школьников.

Для реализации поставленной задачи был проведен анализ существующих в Республике нормативно-правовых актов, регламентирующих деятельность детских врачей-наркологов, при осуществлении которого был выявлен ряд проблемных моментов.

В отношении специальности детский врач-нарколог. Так, в приказе Министерства здравоохранения (МЗ) РК от 24 ноября 2009 года № 774 (приказ внесен в Реестр государственной регистрации нормативных правовых актов 26 ноября 2009 года за № 5885) «Об утверждении Номенклатуры медицин-

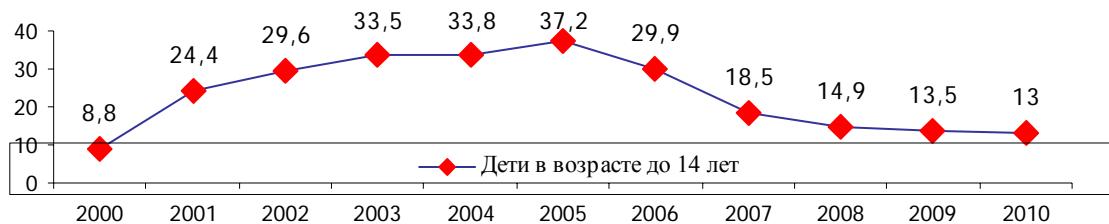


Рисунок 1. Заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ (впервые в жизни установленный диагноз, дети до 14 лет)

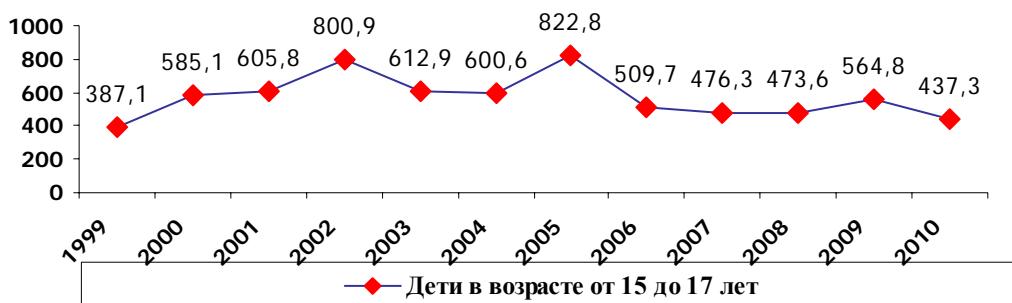


Рисунок 2. Конtingенты больных психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ, находящихся под диспансерным и консультативным наблюдением среди детей до 14 лет



Рисунок 3. Заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ (впервые в жизни установленный диагноз, дети от 15 до 17 лет)

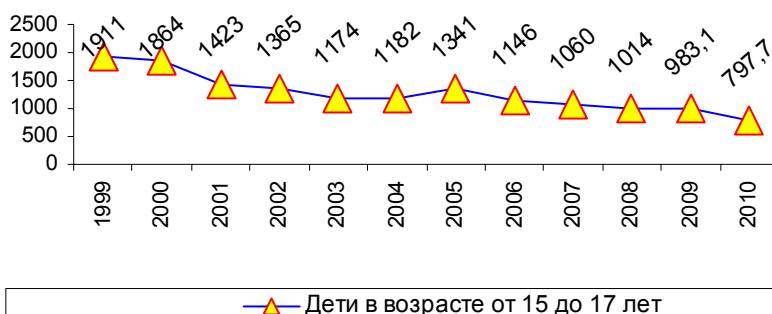


Рисунок 4. Контингенты больных психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ, находящихся под диспансерным и консультативным наблюдением среди детей от 15 до 17 лет

ских и фармацевтических специальностей» в пункте 16 раздела 1 «Специальности работников с высшим медицинским образованием» указана специальность «Психиатрия (наркология, психотерапия, сексопатология, медицинская психология, судебно-психиатрическая экспертиза, судебно-наркологическая экспертиза)». При этом нет уточнений данных специальностей в возрастном аспекте, деятельность которых отличается от деятельности специалистов, работающих с взрослым контингентом. Таким образом, считаем необходимым, указать квалификационные требования к специалистам, которые будут осуществлять эту деятельность.

Интересным представляется тот факт, что приказе МЗ РК от 6 ноября 2009 года. № 661 (зарегистрирован в Министерстве юстиции (МЮ) РК за № 5884 от 24 ноября 2009 года) «Об утверждении Правил проведения квалификационных экзаменов в области здравоохранения» в разделе II данная специальность все-таки предусмотрена и представлена как «Педиатрия, неонатология, детская гематология, детская скорая и неотложная медицинская помощь, детские инфекционные болезни, детская психиатрия (наркология, психотерапия, медицинская психология, судебно-психиатрическая экспертиза, судебно-наркологическая экспертиза), детская фтизиатрия». Несоответствие в законодательных актах, несущих в себе основу – подготовку специалистов указанного профиля, – привносит сложности как при планиро-

вании организации наркологической помощи несовершеннолетнему населению РК, так и непосредственно при оказании этой помощи, что, несомненно, оказывается на качестве оказываемых услуг.

Не предусмотрена также нагрузка на детских врачей-наркологов в приказе МЗ РК от 7 апреля 2010 года № 238 «Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан от 15 апреля 2010 года за № 6173, опубликован в Бюллетеине государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан № 6, июнь 2010 года). Так в пункте 334 главы 5 была указана нагрузка на врачей наркологического профиля без учета возрастных особенностей обслуживаемого контингента. В связи с этим считаем необходимым внести изменения с уточнением специальности (взрослый, детский) и предложить ввести 1 должность детского врача – нарколога на 250 детей, страдающих психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления алкоголя и других психоактивных веществ, состоящих на диспансерном учете, в том числе лиц, находящихся на профилактическом наблюдении.

В пункте 335 этой же главы также необходимо внести дополнение в отношении должности детского врача-нарколога в дневном стационаре: 1 должность на 15 коек дневного стационара для детей с

признаками употребления психоактивных веществ с вредными последствиями и зависимости от психоактивных веществ. Должность заведующего детским дневным наркологическим стационаром устанавливается в каждом дневном стационаре вместо 1 должности детского врача-нарколога.

В отношении детского психотерапевта и психолога, указанного в пунктах 336 и 337 требуется дополнение с уточнением: «Должность детского врача-психотерапевта устанавливается в диспансерном отделении из расчета 1 должность на 1 должность детского врача – нарколога, ведущего амбулаторный прием; 1 должность на 15 коек дневного стационара, но менее одной должности на диспансер»; «Должность медицинского психолога, работающего с детьми устанавливается из расчета 1 должность на 1 должность детского врача – нарколога, ведущего амбулаторный прием; 1 должность на 15 коек дневного стационара, но менее одной должности на диспансер».

Особенности клинических проявлений, сложности классификации в соответствии с МКБ-10 клинических состояний у несовершеннолетних пациентов, особенности медикаментозной терапии и психологической коррекции, динамического наблюдения не являются открытием, как для руководителей наркологических медицинских организаций, так и для самих врачей. При этом в приказе МЗ РК от 05.01.2011 № 2 «Об утверждении Положения о наркологических организациях (больницах, диспансерах)» в подпункте 2 пункта 7 предусмотрено функционирование наркологического отделения (кабинета) для детей. Однако на сегодняшний момент не существует какого-либо законодательного акта, регламентирующего деятельность данного подразделения.

В этом аспекте нами был разработан проект приказа МЗ РК «Об утверждении Положения о деятельности наркологического отделения (кабинета) для детей», представленный ниже.

Проект приказа

## **Положение о деятельности наркологического отделения (кабинета) для детей**

### **Глава 1. Введение**

1. Настоящее положение о деятельности наркологического отделения (кабинета) для детей (далее – Положение) определяет деятельность по оказанию наркологической помощи в наркологическом отделении (кабинете) для детей с целью профилактики распространения наркозависимости среди указанного контингента.
2. Основные положения приказа обязательны для применения и соблюдения всеми организациями здравоохранения Республики Казахстан, оказывающими наркологическую помощь населению Республики Казахстан и гражданам других стран.

### **Глава 2. Организация деятельности наркологического отделения (кабинета) для детей**

3. Целевая группа – детское население Республики Казахстан, в том числе обучающееся в средних и средне-специальных образовательных учреждениях.
  4. Основная цель деятельности наркологического отделения (кабинета) для детей – это профилактическая работа среди детей по предупреждению наркологических заболеваний, активное выявление признаков употребления психоактивных веществ (далее – ПАВ) с вредными последствиями и зависимости от ПАВ среди детей, а также достижение охвата эффективной мотивацией данной возрастной группы на участие в программах первичной, вторичной наркологической помощи амбулаторного или стационарного лечения и реабилитации.
  5. Основные задачи:
    - 1) диагностика риска вовлечения зависимости от ПАВ среди детей;
    - 2) активное выявление признаков употребления ПАВ с вредными последствиями и вовлечения в зависимость от ПАВ среди детей;
    - 3) мотивация выявленного контингента на участие в программах наркологической помощи с учётом приемлемости программ для данных групп.
    - 4) лечение и реабилитация детей, нуждающихся в наркологической помощи.
  6. Наркологическое отделение (кабинет) для детей является структурным подразделением наркологической организации.
- Наркологическое отделение (кабинет) для детей может быть подразделением диспансерного (поликлинического) наркологического отделения при отсутствии в его структуре стационарных коек.
7. Осмотр, консультация детей и прочие процедуры осуществляются только с согласия его законных представителей.

---

---

### **Глава 3. Профилактическая деятельность и выявление детей, употребляющих ПАВ и зависимых от них**

8. Первичная профилактическая деятельность заключается в определении степени риска вовлечения в зависимость от ПАВ детей и участии в профилактических программах, в рамках деятельности наркопостов (по согласованию с Управлениями и отделами образования областей городов и районов).
9. Выявление пациентов происходит в случаях самостоятельного обращения в наркологическое отделение (кабинет) для детей несовершеннолетними лицами или их родителями (опекунами), а также в результате согласованной деятельности с организациями здравоохранения образовательными учреждениями и органами внутренних дел.
10. Ежегодно однократно детским врачом-наркологом проводятся профилактические осмотры учащихся в возрасте от 11 до 18 лет средних и средне-специальных образовательных учреждений вне зависимости от форм собственности. График профилактических осмотров составляется по согласованию с Управлениями и отделами образования областей городов и районов.
11. Осмотры учащихся детскими врачами-наркологами проводятся также в случаях выявления детей в состоянии опьянения или в случаях подозрения на употребление ПАВ детьми.
12. Комиссия по медицинскому освидетельствованию для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения при областных (городских) наркологических диспансерах.
13. Сведения о детях, доставленных на освидетельствование в состоянии острой интоксикации различной степени тяжести в результате употребления любого вида психоактивного вещества, передаются в течение 24 часов в наркологическое отделение (кабинет) для детей.
14. Отделения неотложной помощи и реанимации при областных (городских, районных) больницах.
15. Сведения о детях, доставленных в состоянии острой интоксикации различной степени тяжести в результате употребления любого вида психоактивного вещества, передаются в течение 24 часов в наркологическое отделение (кабинет) для детей.
16. При обслуживании вызовов на дому службой скорой медицинской помощи по поводу острой интоксикации различной степени тяжести в результате употребления любого вида психоактивного вещества диагностируемой у детей, передаются в течение 24 часов в наркологическое отделение (кабинет) для детей.
17. Сведения о детях и подростках, явившихся в образовательные учреждения в состоянии острой интоксикации различной степени тяжести в результате употребления любого вида психоактивного вещества, передаются руководителем наркопоста при образовательных учреждениях в течение 24 часов в наркологическое отделение (кабинет) для детей.
18. Сведения о детях и подростках, замеченных в употреблении различных ПАВ, по решению внутришкольного Совета передаются в течение месяца (30 календарных дней) в наркологическое отделение (кабинет) для детей.
19. Сведения о задержанных детях и подростках, а так же при возбуждении гражданских или уголовных дел на несовершеннолетних лиц, совершивших противоправные действия в состоянии опьянения, передаются отделами по делам несовершеннолетних по согласованию с Управлениями и отделами внутренних дел областей, городов и районов в течение месяца (30 календарных дней) в наркологическое отделение (кабинет) для детей.
20. Сведения о детях, состоящих на учете в отделении по делам несовершеннолетних, ежемесячно сверяются по согласованию с Управлениями и отделами внутренних дел областей, городов и районов со сведениями наркологического отделения (кабинета) для детей.
21. Сведения о детях, совершивших противоправные действия и прошедших освидетельствование эксперта-нарколога в судебно-наркологической экспертизе, передаются в течение 24 часов в наркологическое отделение (кабинет) для детей.
22. Сведения о содержащихся в Центры временной изоляции и реабилитации несовершеннолетних (далее – ЦВИАРН) детях, ведущих бродяжнический образ жизни и т.п., передаются по согласованию с Управлениями и отделами образования областей городов и районов в течение месяца (30 календарных дней) в наркологическое отделение (кабинет) для детей.
23. В случае самостоятельного обращения в наркологическое отделение (кабинет) для детей врачом-наркологом проводится консультация ребенка и его родителей (опекунов).

---

### **Глава 4. Учет, наблюдение и лечение детей с признаками употребления ПАВ с вредными последствиями и зависимых от ПАВ**

24. В случаях выявления несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами и зависимых от них, через организации здравоохранения, образовательные учреждения и органы внутренних дел, участковые фельдшера-наркологи в соответствии со своим графиком работы (но не позднее 10 рабочих дней) посещают пациента на дому и приглашают на приём к врачу-наркологу.

---

---

25. В случае отказа от консультации или неявки в наркологическую организацию участковый врач-нарколог посещает пациента на дому (не позднее 15 рабочих дней после посещения средним медицинским работником).

26. Первичной целью консультации детского врача-нарколога является выявление зависимости от любого вида ПАВ, злоупотребление или возможности формирования зависимости от ПАВ у ребенка. В случае необходимости проведения лечебно-реабилитационных мероприятий, следующей целью консультации является работа над мотивацией для участия в реабилитационном процессе, как с самим несовершеннолетним, так и с его родителями (опекунами).

27. Консультации, приемы, результаты проведенного обследования фиксируются в учетных формах, утвержденных уполномоченным органом в области здравоохранения.

28. В случаях выявления детей, употребляющих ПАВ, дети включаются в группу профилактического контроля или диспансерного наблюдения в соответствии с критериями, указанными в Приложении 1 к настоящему Положению.

29. Взятие на учет должно происходить только после осмотра и беседы с врачом - наркологом.

30. В случаях необходимости наркологическая помощь оказывается детскими наркологами в соответствии с протоколами диагностики и лечения наркологических заболеваний, утвержденными уполномоченным органом в области здравоохранения.

31. Ежегодно детский врач-нарколог делает заключение (этапный эпикриз), отражающее соматическое, психическое состояние ребенка, социальную динамику и отчет о проведенных лечебно-реабилитационных мероприятиях.

32. В своей деятельности детские наркологи обязательно соблюдают принцип межведомственной преемственности с соблюдением этических норм врача.

33. Информационно-просветительская деятельность детского нарколога среди обучающихся и их родителей в соответствии с действующими законодательными, нормативно-правовыми актами Республики Казахстан, а также в соответствии с планами сотрудников образовательных заведений.

## Приложение 1

к Положению о деятельности наркологического отделения (кабинета) для детей

### **Критерии включения в группу диспансерного учета и динамического наблюдения детей в наркологических медицинских организациях**

#### **Критерии включения в группу диспансерного учета детей, зависимых от ПАВ**

##### 1. Специфические проявления:

- а) употребление ПАВ с кратностью 3-6 раз в неделю;
- б) сформированная зависимость от ПАВ;
- в) наличие абстинентных проявлений.

##### 2. Психопатологические расстройства:

- а) расстройства поведения – выраженная конфликтность, агрессивность, психопатоподобное поведение, девиантное и делинквентное поведение;
- б) эмоциональные расстройства – тревожные, субдепрессивные, депрессивные состояния, перепады настроения;
- в) расстройства влечения – уходы из дома до нескольких суток, бродяжничество, зависимость от компьютерных игр.

##### 3. Социальные расстройства:

- а) академическая неуспеваемость, не аттестация по нескольким предметам, отчисление из учебного заведения из-за неуспеваемости;
- б) продолжительные пропуски занятий в учебных заведениях;
- в) выраженные сложности коммуникации с родителями, педагогами или сверстниками.

*Примечание:* включение несовершеннолетнего пациента в группу диспансерного учета осуществляется при наличии не менее одного признака в каждом разделе.

#### **Критерии включения в группу профилактического контроля детей, употребляющих ПАВ с вредными последствиями**

##### 1. Специфические проявления:

- а) употребление ПАВ с кратностью 1-2 раз в неделю;

- 
- 
- б) употребление ПАВ с формированием соматических осложнений;
  - в) наличие постинтоксикационных проявлений (астенических, астеноневротических).
2. Психопатологические расстройства:
    - а) расстройства поведения – конфликтность, агрессивность, психопатоподобное поведение, мелкое воровство, вынос вещей и денег из дома, неусидчивость;
    - б) эмоциональные расстройства – тревожность, снижение общего фона настроения, дистимии;
    - в) расстройства влечения – склонность к уходам из дома, чрезмерное увлечение компьютерными играми.
  3. Социальные расстройства:
    - а) снижение академической успеваемости, не аттестация по одному предмету, отчисление из учебного заведения из-за неуспеваемости;
    - б) пропуски занятий в учебных заведениях;
    - в) отмечающиеся в последнее время переводы из одного в другой класс, из одного учебного заведения в другое;
    - г) коммуникативные сложности с родителями, педагогами или сверстниками.

*Примечание:* включение несовершеннолетнего лица в группу профилактического контроля осуществляется при наличии не менее одного признака в каждом разделе.

---

---

## **РЕЗЮМЕ**

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННОЙ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Г.Т. Якирова

В результате применения комплексной патогенетически направленной психотерапевтической программы повышается эффективность лечения при многих хронических формах терапевтической патологии (психосоматических), малокурабельных при обычном медикаментозном лечении

### **АНАЛИЗ ОБНАРУЖЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ, СОВЕРШИВШИХ ПРОТИВОПРАВНЫЕ ДЕЯНИЯ**

Н.А. Грапова

В статье представлен анализ психических нарушений, обнаруженных у несовершеннолетних лиц, совершивших противоправные действия (по заключениям комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз).

### **АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ**

М.А. Даненова

Основным звеном в системе оказания психиатрической помощи населению является поддерживающая амбулаторная терапия психотропными препаратами. В статье рассмотрены вопросы эффективности данного вида лечения психически больных, определены проблемы, возникающие в практике участкового психиатра.

### **ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ТРУДОСПОСОБНОСТЬ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ**

Т.И. Козинская

В статье рассматривается социальный аспект помощи лицам, больным эпилепсией. Эффективность лечения данного контингента больных повышается, если решаются вопросы реабилитации, воспитания, обучения, выбора профессии и трудоустройства, а также вопросы брака и семьи.

### **ОСОБЕННОСТИ КРИЗИСНЫХ СУИЦИДАЛЬНО-ОПАСНЫХ СОСТОЯНИЙ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХОПАТИЕЙ**

Т.И. Козинская, Н.П. Сысоева, Н.А. Жаксылыков

В данной работе мы остановились лишь на некоторых вопросах, касающихся влияния возрастного фактора на закономерности формирования суицидального поведения у лиц, страдающих психопатией, независимо от её основных клинических типов.

### **ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ АЛКОГОЛЬНОГО СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА**

Р.К. Бектемиров

В статье даны указания на основные аспекты судорожных явлений в клинике алкоголизма. Раскрываются понятия судорожной реакции, судорожного синдрома. Приводится информация об особенностях клинического паттерна течения судорог в структуре алкогольной зависимости.

---

---

## **АЛКОГОЛЬНАЯ АНОЗОГНОЗИЯ (ДУАЛИСТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ)**

М.Е. Жиенбаев

В статье отражены основные аспекты понятия «Алкогольная анозогнозия», дано определение термина. Выделены два теоретических подхода на видение происхождения данного клинического феномена: личностный и процессуальный, в том числе в контексте динамики заболевания.

### **НЕГАТИВНЫЕ АСТЕНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ, И ИХ ДИНАМИКА ЧЕРЕЗ ШЕСТЬ МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ**

А.А. Кусаинов

В данной работе представлены негативные астенические расстройства, регистрируемые у пациентов находящихся на лечении, в процессе прохождения реабилитационной программы, и их динамика через шесть месяцев после лечения.

*Ключевые слова:* героиновая наркомания, астения, адинамия, анергия.

### **НЕГАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА АФФЕКТИВНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ И ИХ ДИНАМИКА ЧЕРЕЗ ШЕСТЬ МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ**

А.А. Кусаинов

В рамках данной работы рассмотрены негативные расстройства аффективно-волевой сферы, регистрируемые у пациентов находящихся на лечении, в процессе прохождения реабилитационной программы, и их динамика через шесть месяцев после лечения.

*Ключевые слова:* героиновая наркомания, аффективный дефект, аспонтанность, ангедония, уплощение аффекта, волевые нарушения, прогностическая функция.

### **ВОВЛЕЧЕНИЕ В ДЕСТРУКТИВНЫЕ КУЛЬТЫ И СЕКТЫ – СОЦИАЛЬНАЯ ЭПИДЕМИЯ НОВОГО ВРЕМЕНИ (ОПЫТ СИСТЕМНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)**

А.Л. Катков, Ж.Ш. Аманова

В настоящей статье рассматриваются наиболее важные аспекты такого деструктивного социального явления, как вовлечение в тоталитарные культуры и секты. Приводятся сведения о предполагаемых масштабах распространения данного явления. Анализируются признаки, указывающие на повышенную социальную опасность распространения деструктивных культов и сект среди населения. Описываются механизмы вовлечения в данную эпидемию и способы социального противодействия. Оценивается эффективность противодействующих мероприятий.

*Ключевые слова:* социальная эпидемия, деструктивные секты, вовлечение, противодействие.

### **РАССТРОЙСТВА ПСИХИКИ И ПОВЕДЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С НАРУШЕНИЯМИ АДАПТАЦИИ – КАК СОЦИАЛЬНАЯ ЭПИДЕМИЯ НОВОГО ВРЕМЕНИ (ОПЫТ СИСТЕМНОГО АНАЛИЗА)**

А.Л. Катков, Г.К. Битигова, К.Ж. Манасов, Т.Р. Байханова

В настоящей статье рассматриваются наиболее важные аспекты такого деструктивного социального явления, как распространение расстройств психики и поведения, связанных с нарушениями адаптации. Приводятся сведения о масштабах распространения данного явления. Анализируются признаки, указывающие на повышенную социальную опасность распространения психических и поведенческих расстройств, связанных

---

---

ных с нарушениями адаптации, среди населения. Описываются основные механизмы нарушения адаптации, способы социального противодействия. Оценивается эффективность противодействующих мероприятий.

*Ключевые слова:* социальная эпидемия, расстройства адаптации, противодействие.

## **ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ПРИСТРАСТИЕ К АЗАРТНЫМ ИГРАМ (ИГРОМАНИЯ), ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬ – СОЦИАЛЬНАЯ ЭПИДЕМИЯ НОВОГО ВРЕМЕНИ**

А.Л. Катков, Т.В. Пак, А.З. Нургазина, Т.Р. Байханова

В настоящей статье рассматриваются наиболее важные аспекты такого деструктивного социального явления, как вовлечение в патологическое пристрастие к азартным играм (игромания), интернет-зависимость. Приводятся сведения о предполагаемых масштабах распространения данного явления. Анализируются признаки, указывающие на повышенную социальную опасность распространения патологического пристрастия к азартным играм, интернет-зависимости среди населения. Описываются механизмы вовлечения в данную эпидемию и способы социального противодействия. Оценивается эффективность противодействующих мероприятий.

*Ключевые слова:* социальная эпидемия, игромания, интернет-зависимость, вовлечение, противодействие.

## **СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ/ГИПОПНОЭ СНА**

Р.В. Новичевская

В обзорной статье, со ссылкой на данные мировой литературы, описаны наиболее важные социальные, медицинские и экономические аспекты актуальной современной проблемы - синдрома обструктивного апноэ/гипопноэ сна (СОАГС). Приведены основные стратегии и приемы современной медицины в диагностике и лечении этого синдрома.

## **ДЕТСКИЙ ПСИХИЧЕСКИЙ ИНФАНТИЛИЗМ**

Е.Н. Миронова

В статье дается краткий обзор вопросов детского психического инфантилизма, рассматриваются этиология, клинические проявления и классификация и взаимосвязь с другими психическими заболеваниями.

## **АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ (обзор литературы)**

М.Е. Жиенбаев

В статье представлен обзор существующих в современной наркологии взглядов на место аффективных расстройств в клинике алкогольной зависимости. Приведены основные типы эмоциональных нарушений. Сделан акцент на рассмотрение отдельных видов аффективных расстройств в контексте единого заболевания учетом его патопластики.

## **АНАЛИЗ НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ АКТОВ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИХ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ДЕТСКОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

А.С. Каражанова, Г.С. Смагулова, Ж.Х. Сексенова, В.В. Бала, Б.А. Каргабаева

В статье приводится необходимость нормативного урегулирования деятельности наркологического отделения (кабинета) для детей.

*Ключевые слова:* организации наркологической помощи несовершеннолетним, наркологическая помощь, дети.

---

---

## **SUMMARY**

### **RESULTS OF APPLICATION OF PSYCHOTHERAPEUTIC COMPLEX PROGRAM AT PATIENTS WITH PSYCHOSOMATIC DISEASES**

G.T. Yakipova

As a result of the complex pathogenetic directed psychotherapeutic program the effectiveness of treatment for many chronic forms of therapeutic disorders (psychosomatic), increases with the usual medication.

### **THE ANALYSIS OF MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS IN ADOLESCENTS WHO HAVE COMMITTED CRIMES**

N.A. Grapova

The article presents an analysis of mental and behavioral disorders among adolescents accused in committing crime (by conclusions of forensic psychiatric examinations).

### **OUT-PATIENT TREATMENT MENTALLY SICK**

M.A. Danenova

The basic link in system of rendering of the psychiatric help to the population is supporting out-patient therapy by psychotropic preparations. In article questions of efficiency of the given kind of treatment mentally sick are considered, the problems arising in practice of the local psychiatrist are defined.

### **FACTORS INFLUENCING WORK CAPACITY OF PATIENTS WITH EPILEPSY**

T.I. Kozinskaya

In article the social aspect of the help to the persons sick of an epilepsy is surveyed. Efficiency of treatment of the given contingent of patients raises, if questions of aftertreatment, education, training, a trade and workarrangement choice, and also marriage and family questions are solved.

### **FEATURES OF CRISIS SUICIDE-DANGEROUS CONDITIONS AT PERSONS, SUFFERING A PSYCHOPATHY**

T.I. Kozinskaya, N.P. Sysoeva, N.A. Zhaksylykov

In the given work we have stopped only on some questions, concerning influences of the age factor on patterns of formation of suicidal behavior at the persons, suffering a psychopathy, irrespective of its basic clinical types.

### **THE BASIC ASPECTS OF AN ALCOHOLIC CONVULSIVE SYNDROME**

R.K. Bektemirov

In article indicatings on the basic aspects of the convulsive phenomena in alcoholism clinic are given. Concepts of convulsive reaction, a convulsive syndrome reveal. The information on features of a clinical pattern of a current of cramps in alcohol addiction structure is resulted.

---

---

---

---

## **ALCOHOLIC ANOSOGNOSIA (DUALISTIC MODEL)**

M.E. Zhienbaev

In article the basic aspects of concept «an alcoholic anosognosia» are reflected, term definition is made. Two theoretical approaches are allocated for vision of a parentage of the given clinical phenomenon: personal and remedial, including in a context of dynamics of disease.

### **NEGATIVE ASTHENIC DISORDERS AT SICK OF A HEROIN ADDICTION, AND THEIR DYNAMICS IN SIX MONTHS AFTER AN EXTRACT**

A.A. Kusainov

In the given work the negative asthenic disorders registered at patients being on treatment, in the course of passage of the rehabilitational program, and their dynamics in six months after treatment are presented.

*Keywords:* a heroin addiction, an asthenia, an adynamia, an anergy.

### **NEGATIVE DISORDERS OF AFFECTIVE-STRONG-WILLED SPHERE AT SICK OF A HEROIN ADDICTION AND THEIR DYNAMICS IN SIX MONTHS AFTER AN EXTRACT**

A.A. Kusainov

Within the limits of the given work the negative disorders of affective-strong-willed sphere registered at patients being on treatment, in the course of passage of the rehabilitational program, and their dynamics in six months after treatment are surveyed.

*Keywords:* a heroin addiction, affective defect, strong-willed disturbances, prognostic function.

### **INVOLVING IN DESTRUCTIVE CULTS AND SECTS –SOCIAL EPIDEMIC OF NEW TIME (EXPERIENCE OF SYSTEM RESEARCH)**

A.L. Katkov, Z.S. Amanova

In the present article prominent aspects of such destructive social phenomenon, as involving in totalitarian cults and sects are surveyed. Data on prospective scales of diffusion of the given phenomenon are resulted. The signs specifying in raised social danger of diffusion of destructive cults and sects among the population are analyzed. Involving mechanisms in given epidemic and ways of social counteraction are described. Efficiency of counteracting actions is estimated.

*Keywords:* social epidemic, destructive sects, involving, counteraction.

### **THE MENTALITY AND BEHAVIOR DISORDERS BOUND TO DISTURBANCES OF ADAPTATION – AS SOCIAL EPIDEMIC OF NEW TIME (EXPERIENCE OF THE SYSTEM ANALYSIS)**

A.L. Katkov, G.K. Bitigova, K.Z. Manasov, T.R. Baihanova

In the present article prominent aspects of such destructive social phenomenon, as diffusion of disorders of mentality and the behavior, bound to adaptation disturbances are surveyed most. Data on scales of diffusion of the given phenomenon are resulted. The signs specifying in raised social danger of diffusion of mental and behavioural disorders, bound to adaptation disturbances, among the population are analyzed. The basic mechanisms of disturbance of adaptation, ways of social counteraction are described. Efficiency of counteracting actions is estimated.

*Keywords:* social epidemic, adaptation disorders, counteraction.

---

---

## **PATHOLOGICAL PREDILECTION FOR GAMBLINGS, INTERNET DEPENDENCE – SOCIAL EPIDEMIC OF NEW TIME**

A.L. Katkov, T.V. Pak, A.Z. Nurgazina, T.R. Baihanova

In the present article prominent aspects of such destructive social phenomenon, as involving in pathological predilection for gamblings, Internet dependence are surveyed. Data on prospective scales of diffusion of the given phenomenon are resulted. The signs specifying in raised social danger of diffusion of pathological predilection for gamblings, Internet dependences among the population are analyzed. Involving mechanisms in given epidemic and ways of social counteraction are described. Efficiency of counteracting actions is estimated.

*Keywords:* social epidemic, gambling, Internet dependence, involving, counteraction.

## **OBSTRUCTIVE SLEEP APNOEAE / HYPOPNOEA SYNDROM**

R.V. Novichevskaya

Most important social, medical and economical aspects of actual present day problem – Obstructive Sleep Apnoea/Hypopnoea Syndrom (OSAHS) – were described in the review article. Main strategies, methods and techniques of OSAHS diagnostic and treatment, based on recent world medical literature, were briefly submitted.

## **CHILDREN'S MENTAL INFANTILISM**

E.N. Mironova

In article the short review of questions of a mental infantilism is given, the etiology, clinical implications and classification and interrelation with other mental diseases are surveyed.

## **AFFECTIVE DISORDERS AT ALCOHOLISM (The literature review)**

M.E. Zhienbaev

In article the review of views existing in modern narcology to the place of affective disorders in alcohol addiction clinic is spent. The basic types of emotional disturbances are resulted. The accent on treating of separate kinds of affective disorders in a context of uniform disease by its account of patoplastics is given.

## **THE ANALYSIS OF THE STANDARD LEGAL CERTIFICATES REGULATING ACTIVITY OF CHILDREN'S NARCOLOGICAL SERVICE IN KAZAKHSTAN REPUBLIC**

A.S. Karazhanova, G.S. Smagulova, Z.H. Seksenova, V.V. Bala, B.A. Kargabaeva

In article necessity of standard settlement of activity of narcological unit (office) for children is resulted.  
*Keywords:* the organizations of the narcological help to the minor, the narcological help, children.